

**Содержание**

Введение

1 Теоретический раздел

1.1 Конспект лекций

2 Практический раздел

2.1 Практические занятия

2.2 Семинарские занятия

3 Раздел контроля знаний

3.1 Материалы для итоговой аттестации

4 Вспомогательный раздел

4.1 Учебная программа по дисциплине «Основы кризисной психологии»

4.2 Список рекомендуемой литературы

**Введение**

Изучение курса «Основы кризисной психологии» слушателями Института повышения квалификации и переподготовки кадров является необходимым условием их профессиональной подготовки.

В окружающей реальности встречаются обстоятельства, которые резко отличаются от других либо выходят за рамки обыденного. Эти состояния часто сопровождаются разнообразными негативными переживаниями и эмоциями: страх, чувство обиды, вина, злость, отчаяние, безнадёжность. Поэтому знание психологических особенностей и применение психологических методов крайне необходимы слушателям, работа которых предполагает постоянные контакты типа «человек – человек», чтобы уметь строить отношения с людьми, находить подход к ним, расположить их к себе, особенно, когда человек находится в состоянии кризиса.

Основы кризисной психологии – это базовая дисциплина, изучение которой является необходимым элементом профессиональной подготовки слушателей ИПК и ПК.

Цель курса «Основы кризисной психологии» состоит в том, чтобы по­мочь слушателям специальности «Практическая психология» в рассмотрении наиболее важных аспектов проблем кризисной психологии, а так же в овладении основными способами выхода из кризиса в деятельности педагога-психолога.

Актуальность и необходимость подготовки данного учебно-методического комплекса обусловлена спецификой практической деятельности педагога-психолога в учреждениях образования, многообразием актуальных вопросов, касающихся проблемы кризисной психологии, а так же подготовкой слушателей к самостоятельной работе по дисциплине.

Целью учебно-методического комплекса по курсу «Основы кризисной психологии» является оказание помощи слушателям в овладении методологическими основами кризисной психологии, объяснительными теориями поведения человека в кризисный и посткризисный период, а также обучение навыкам самостоятельного построения программ психологической помощи человеку в кризисный период жизни.

Учебно-методический комплекс включает основные теоретические базовые положения по темам курса, практические и семинарские занятия, вопросы для самоконтроля и адресован слушателям ИПК и ПК. Построение материала учебно-методического комплекса отличается логичностью, содержательностью и доступностью в усвоении.

Учебно-методический комплекс соответствует требованиям, предъявляемым к учебным публикациям данного рода, и может быть использован слушателями, как на практических занятиях, так и во время самостоятельной работы.

**1 Теоретический раздел**

**1.1 Конспект лекций**

**Тема 1 Психология кризиса**

1 Предмет и задачи кризисной психологии

2 Основные понятия по теме

Появление различных направлений в психологии всег­да было обусловлено вопросами социальной жизни. Практическая психология XX века отвечала на вопросы, которые были сформулированы веком XIX. Этим можно объяснить появ­ление в начале XX века психоанализа и бихевиоризма. Ес­ли психоанализ отреагировал на потребности психическо­го здоровья, то бихевиоризм — на проблемы обучения и трудовой деятельности. Век XX начи­нался как эпоха перелома, которую позже П. Тиллих на­звал временем упадка цивилизации, угрожающего духов­ному самоутверждению человека.

Существует два основания, которые определили возмож­ность и необходимость выделения кризисной психологии в самостоятельную отрасль психологических знаний (Л.А. Пергаменщик).

**Первое основание** — это мирное сосуществование раз­личных психологических практик: педагогической, спор­тивной, инженерной, медицинской, каждая из которых имеет свой предмет, свою технологию и инструментарий психологического подхода к человеку в зависимости от ви­да деятельности. Эти практики но­сят преимущественно «мирный» характер. Но в любой об­ласти человеческой жизнедеятельности все чаще и чаще встречаются ситуации (события), выходящие за привыч­ные рамки и требующие адекватного ответа, который, как правило, лежит вне предмета данных отраслей психологи­ческой науки. Независимо от отрасли в кризисной ситуа­ции ответ оказывается схожим в области спорта, медици­ны, педагогики и т.д.

**Второе основание** — существование различных психо­логических школ и направлений, каждая из которых вы­рабатывала свою объяснительную парадигму, свои методы исследования, свой способ вмешательства в психическую жизнь человека. Так, классический бихевиоризм брался «сконструировать» человека под любой заказ при усло­вии, что на личность будет своевременно направлен опре­деленный набор стимулов. Психоанализ готов помочь че­ловеку избавиться почти от всех проблем, если окажется в состоянии добраться до глубин его психики, до конфликтов раннего детства, если сможет проанализировать детские вле­чения, детские страхи и детские запреты. Не отрицая ни ос­новных положений бихевиоризма, ни тем более влияния дет­ских психических травм на жизнедеятельность человека, мы считаем, что сама человеческая жизнь в каждый свой период в полной мере определяет психическую жизнь и поведение.

Отечественная практическая психология (второй этап, первый был в 20—30-е годы XX века) про­шла короткий, но интенсивный путь развития: от провоз­глашения различий в академической и практической иссле­довательских парадигмах (А. М. Эткинд, 1986) до осо­знания причин кризиса (Ф. Е. Василюк, 1998). Существенным моментом, приведшим психологию к состо­янию кризиса, является методологический подход к чело­веку.

Все это предопределило необходимость выделения кри­зисной психологии в самостоятельную отрасль психологи­ческой науки и практики.

Цель курса кризисной психологии — ознакомление с методологическими основаниями кризисной психологии, с объяснительными теориями поведения человека в ситуа­ции неопределенности и непредсказуемости; обучение на­выкам самостоятельного построения программ психологи­ческой помощи человеку в кризисный и посткризисный пе­риод жизненного пути.

При рассмотрении курса кризисной психологии с точки зрения ее предмета можно отметить следующие моменты:

- рассматривается психика человека в кризисных ситуациях, когда он находится в состоянии выбора и ему трудно привычными средствами определить свою дальнейшую жизнь;

- события жизненного пути являются основными конструктами, которые во многом определяют предмет кризисной психологии.

В кризисной психологии изучают­ся особенности поведения человека в кризисных ситуаци­ях, стратегии преодоления неопределенностей жизненного пути, объяснительные механизмы и программы психологи­ческой помощи и поддержки.

Исходя из цели и предмета кризисной психологии, предлагаются для изучения следующие задачи:

- анализ теоретических подходов в кризисной психологии;

- овладение навыками психодиагностики травматиче­ских состояний;

- подготовка к выбору стратегии психологической помо­щи человеку в кризисной ситуации;

- знание основных методов оказания психологической помощи и поддержки.

**Кризис** (от греч. kreses-— решение, поворот­ный пункт, исход) определяется в психологии как тяжелое состояние, вызванное какой-либо причиной или как резкое изменение статусов персональной жизни.

Кризисы различаются по длительности и интенсив­ности этого состояния. Психологи выделяют три типа кризиса, которые имеют разные причины: это кризисы развития, травматические кризисы и кризисы утра­ты.

Ф.Е. Василюк, описывая кри­тическую ситуацию, выделяет четыре ключевых понятия, которыми в современной психологии описываются крити­ческие жизненные ситуации: это понятия стресса, фруст­рации, конфликта и кризиса. Несмотря на большое коли­чество литературы по проблемам стресса и кризиса многие авторы вкладывают различное содержание в эти понятия.

**Под стрессом** (от английского stress — напряжение) автор этого термина, Ганс Селье, понимал неспецифичес­кую реакцию организма на ситуацию, которая требует большей или меньшей перестройки организма, для того чтобы адаптироваться к изменившимся условиям.

Эти условия могут быть внутренними — болезнь, усталость, или внешними — резкое изменение происходящего вок­руг человека. Любая жизненная ситуация, по Селье, вы­зывает стресс, но не каждая бывает критической.

Крити­ческое состояние вызывает дистресс, который пережива­ется как горе, истощение, сопровождается нарушением адаптации и контроля личности.

Стресс, по Г. Селье, это неспецифический ответ организма на любое предъявленное ему требование. В то же время выделяют представление о психологическом стрессе, который является реакцией, включающей оценку угрозы для человека и защитные процессы организма.

**Под фрустрацией** (от латинского frustracio — обман, тщетные ожидания, расстройства) понимают такое состо­яние, при котором характерны две вещи: наличие силь­ной мотивированности достичь цель и преграды, препят­ствующие достижению этой цели.

Такими преградами, ба­рьерами, которые останавливают человека на пути к цели, могут быть физические барьеры (например, стена тюрь­мы), биологические — старость, болезнь, психологические— страх интеллектуальной недостаточности, или культуральные — запреты, правила, нормы, принятые в том или ином обществе.

Барьеры также могут бытьвнешние и внутренние.

Внешние — это те, которые не дают человеку выйти из ситуации, внутренними барьерами могут являться страх, отсутствие жизненного опыта, незнание способов выхода из той или иной ситуации. Столкнувшись с преградой на пути к сильно желаемой цели, человек испытывает бес­покойство, напряжение, ярость, враждебность, зависть, рев­ность, и если это состояние длится долго, то появляется чувство безразличия, апатия, утрата интереса, вина и тре­вога. Когда человек сталкивается с фрустрирующей си­туацией, он может вести себя по-разному.

Выделяют сле­дующие виды фрустрационного поведения:

1) двигательное возбуждение — человек много, беспоря­дочно движется, кидается из стороны в сторону, не может выбрать одну линию поведения;

2) апатия, например, один из детей в фрустрирующей ситуации лег на пол и смотрел в потолок, не прини­мая никаких действий;

3) агрессивное поведение;

1. стереотипное поведение — человек начинает повто­рять какие-то движения, действия, которые когда-то в похожей ситуации ему помогали, но неизвестно, по­могут ли они в данной ситуации;
2. регрессивное поведение, которое понимается как по­ведение, характерное для человека в более ранние пе­риоды жизни.

Состояние кризи­са. Это состояние, которое порождается вставшей перед человеком проблемой, от которой он не может уйти и которую не может разрешить в быстрое время и привыч­ным способом. Различают два типа кризисных ситуаций, в зависимости от того, какую возможность они оставляют для человека в последующей жизни.

Кризис первого типа — это серьезное потрясение, со­храняющее определенный шанс выхода на прежний уро­вень жизни.

Ситуация второго типа перечеркивает имеющиеся жиз­ненные замыслы, оставляя в виде единственного выхода из положения изменение самой личности и смысла ее жизни.

Столкновение человека с непреодолимой преградой — утрата близкого человека, потеря работы, потеря здоро­вья, порождает кризис.

Процесс преодоления этого кри­зиса Ф.Е. Василюкназвал пе­реживаниями, наполнив этот термин новым смыслом. До сих пор переживание связывалось с эмоцией, отража­ющей отношение человека к вызвавшему ее фактору.

Ф.Е. Василюк рассматривает переживание как внутреннюю работу по восстановлению душевного равновесия, на­полнение новым смыслом человеческой деятельности после преодоления критической ситуации. Он выделя­ет следующие **четыре типа переживаний.**

**1 Гедонистическое переживание** игнорирует свершив­шийся факт и отрицает его — «ничего страшного не слу­чилось», «ну уволили и уволили, найду новую работу», формирует и поддерживает иллюзию благополучия и со­хранности нарушенного содержания жизни. Если можно так выразиться, это нарушенная защитная реакция ин­фантильного сознания.

**2 Реалистическое переживание** подчиняется принци­пу реальности. Человек трезво относится к тому, что про­исходит, принимает случившееся, приспосабливая свои ин­тересы к новому образу и смыслу жизни. При этом ранее содержавшееся в его жизни отношение к вещам уже не­возможно, человек бесповоротно отбрасывает прошлое и полностью находится в настоящем и будущем.

**3 Ценностное** **переживание** полностью признает нали­чие критической ситуации, но отвергает пассивное при­нятие ударов судьбы. Ставшее невозможным жизненное отношение не сохраняется и не изгоняется. Ценностное переживание строит новое содержание жизни с учетом понесенной утраты.

**4 Творческое переживание** — этот тип характерен для сложившихся волевых личностей. Поскольку такой че­ловек имеет опыт волевого поведения, то в критических ситуациях он сохраняет способность сознательно искать выход из сложившегося критического положения.

Любой кризис предполагает два выхода: либо чело­век может восстановить прерванную кризисом жизнь, воз­родить ее, либо жизнь перерождается и человек перерож­дается, становится совершенно иным, и в этой иной жиз­ни он ставит перед собой иные цели и ищет новые спосо­бы их достижения. В данном случае кризис выводит че­ловека на новый уровень личностного развития.

Каждый кризис имеет свое течение, начало и основ­ные фазы. Дж. Каплан описал четыре последовательные стадии кризиса:

**1-я стадия.** Первичный рост напряжения, при кото­ром стимулируются обычные, привычные способы реше­ния проблемы.

**2-я стадия**. Дальнейший рост напряжения в услови­ях, когда эти способы оказываются безрезультатными.

**3-я стадия**. Еще большее увеличение напряжения, требующее мобилизации внешних и внутренних источ­ников сил.

**4-я стадия**. Если все оказывается тщетно, наступает стадия, характеризующаяся повышением тревоги и де­прессии, чувством беспомощности, безнадежности и в ко­нечном случае дезорганизации личности.

Кризис может оборваться на любой стадии, если исче­зает опасность или обнаруживается решение. Любой кризис можно описать по схеме:

- источники кризиса: противоречия, проблемы, возникшие у человека;

- симптомы, т.е. особенности отражения переживаний, которые проявляются в поведении человека;

- возможные обстоятельства, углубляющие протекание кризиса;

- обстоятельства, облегчающие выход из кризиса;

- пути выхода из кризиса;

-влияние кризиса на успешность деятельности человека;

- формы «расплаты» за невыход из кризиса;

- особенности психологической помощи, в которой нуж­дается человек, оказавшийся в кризисной ситуации.

Каждая конкретная критическая ситуация не явля­ется каким-то застывшим образованием, она имеет слож­ную, внутреннюю динамику, в которой различные типы ситуаций влияют друг на друга через внутреннее состоя­ние, внешнее поведение человека и его последствия.

В состоянии кризиса меняется эмоциональная сфера человека. Человек может испытывать одно из трех доми­нирующих чувств: депрессию, деструктивное чувство или одиночество.

Депрессивная реакция проявляется в таких чувствах, как апатия, равнодушие, разочарование, усталость, тоска, подавленность, безразличие.

К деструктивным чувствам относится раздражи­тельность, злость, обида, агрессия, ненависть, досада, упрям­ство, придирчивость, мнительность, зависть.

Одиночество выражается в таких переживаниях, как чувство ненужности, непонимания, тупика, безнадёжнос­ти, пустоты рядом.

У человека, находящегося в кризисе, изменяется объем общения: он либо резко ограничивается (уход в себя), либо резко возрастает (одиночество в толпе). Человек как бы ищет забвения в частоте поверхностных контактов с дру­гими людьми.

**Первое — наличие проблемы**, которая создает диском­форт, распространяющийся на многие сферы жизни. На­пример, напряженные отношения на работе продолжают кру­титься в голове и дома, на отдыхе, при встрече с друзьями. Психическое состояние начинает влиять на физиологию, те­ряется аппетит, сон, то, что раньше доставляло радость, со­вершенно перестает приносить удовольствие. Далее, изме­няются в худшую сторону отношения с окружающими и близкими людьми. Начинает раздражать то, на что рань­ше совершенно не обращали внимание. Возникает ощу­щение, что нас не понимают и назло нам что-то делают. Возникает стойкое ощущение, что какая-то наша особен­ность, стиль общения, реакция на замечания, восприятие критики мешает продвижению вперед в самом общем смысле, мешает как карьерному росту, так и личностному совершенствованию.

А.Г. Амбрумова **выделяет шесть ти­пов ситуационных реакций на стресс.**

1. **Реакция эмоционального дисбаланса**, для которой характерно доминирование отрицательных эмоций. У человека снижается общий фон настроения, присутствует чувство дискомфорта в той или иной степени, повышает­ся тревожность, сокращается круг общения, общение ста­новится более поверхностным и формальным. Длитель­ность такого рода реакций — до двух месяцев. У челове­ка резко повышается уровень утомляемости. Но именно в этот момент человек наиболее открыт для психологи­ческого воздействия и психологическая помощь при та­кой реакции наиболее эффективна.

**2 Пессимистическая ситуационная реакция.** Выра­жается изменением мироощущения, установлением мрач­ной окраски мировоззрений, суждений, оценок, изменени­ем и переструктурированием системы ценностей. Стойко снижается уровень оптимизма, соответственно снижается продуктивность планирования деятельности в будущем. На первое место выходят мрачные прогнозы, события и их динамика окрашены в черные тона. Эмоциональные нагрузки воспринимаются как удары судьбы, которые мож­но только принимать, но им нельзя противодействовать. События представляются неконтролируемыми, а собствен­ная воля — ничтожной. Активность человека при таком типе реакции падает до нуля, человек даже не пытается что-то изменить в своей жизни. При этом оценка своих возможностей может быть завышена. Создается как бы ситуация искусственно преувеличенного стресса. Этот тип реакции имеет самую большую длительность — в среднем три месяца. Психологическая помощь при такой форме реакции крайне затруднена и сложна.

**3 Реакция отрицательного баланса.** Это реакция, для которой характерным является рациональное подве­дение жизненных итогов, оценка пройденного пути, оп­ределение реальных перспектив существования, сравне­ние положительных и отрицательных моментов продол­жения жизни. При наличии преимущественно внутрен­них конфликтов в личности выводится отрицательный жизненный баланс. Подобные механизмы наблюдаются у лиц с тяжелыми заболеваниями (рак, лейкоз), знающих о неизбежности углубления страданий и печального ис­хода, у одиноких лиц старшего возраста, критически оце­нивающих свое прогрессирующее физическое одряхление. Подведение баланса предполагает высокий уровень кри­тичности, четкость и реалистичность суждений. Реакция отрицательного баланса длится в среднем до месяца.

**4** **Ситуационная реакция демобилизаций** отличает­ся наиболее резкими изменениями в сфере контактов (от­каз от привычных контактов или их значительное огра­ничение), что вызывает устойчивое переживание одиноче­ства, беспомощности, безнадежности. Также наблюдается частичный отказ от деятельности. Практически человек избегает какой-либо деятельности, кроме самых необхо­димых, жизненно важных сфер деятельности. Продол­жительность этого типа реакции в среднем составляет один месяц. Если человеку созданы условия для отдыха, он освобождается от тяжелых забот и ответственности, то эта ситуация разрешается.

1. **Ситуационная реакция оппозиции**. Для нее ха­рактерна внешнеобвинительная позиция, человек стано­вится агрессивным, резко отрицательно оценивает окру­жающих, их деятельность. Эта реакция обычно посте­пенно угасает сама по себе. Но в случае глубокой и высо­кой интенсивности требует принятия защитных мер, ина­че резко нарушается адаптация человека.
2. **Реакция дезорганизации**. Здесь наблюдаются наи­более выраженные изменения на уровне организма — ги­пертонические и сосудисто-вегетативные кризы, наруше­ния сна. Продолжительность этого типа реакции обычно не превышает в среднем двух недель. Эта реакция не несёт защитной функции, тогда как предыдущие типы в известном смысле могут быть признаны реакциями пси­хологической защиты, поскольку они как бы экономят психическую энергию, тем или иным способом ограничивая реально практическую деятельность человека без нару­шения системы адаптации.

На формирование определенных ситуационных реак­ций оказывают влияние следующиефакторы:

- активность или пассивность человека, в зависимос­ти от этого реакция будет более длительной или ме­нее длительной, активный энергичный человек вклю­чает всю систему защиты, в результате чего срабаты­вает адаптация, и интенсивные отрицательные эмо­ции быстро изживаются;

- степень интеллектуального контроля, а также ком­муникативные навыки конкретной личности.

Большое значение для возникновения кризисных си­туаций имеют характер и интенсивность стрессовой ситу­ации. Стрессовые факторы могут быть острыми, внезап­но возникающим, опасными для жизни: природные и тех­ногенные катастрофы, войны, аварии, или хронически­ми, постоянными, растянутыми во времени: социаль­но-экономические трудности, конфликтные ситуации в семье или на работе.

Стрессы подразделяются на единичные, множествен­ные и периодические. Кроме того, каждому человеку при­сущи специфические стрессогенные ситуации: поступле­ние в высшее учебное заведение, служба в армии, вступ­ление в брак, выход на пенсию, резкое изменение слу­жебного положения и так далее.

Р.А. Ахмеров (1994 г.) ввел в психологию такое поня­тие, как **биографические кризисы личности**. Под биогра­фическим кризисом он понимает такую особенность внут­реннего мира человека, которая проявляется в различ­ных формах переживания человеком непродуктивности своего жизненного пути. В своем исследовании он обнару­жил, что источником возникновения подобного кризиса является неоптимальная жизненная программа, которая проявляется в таких явлениях, как излишняя категоричность в оценке вероятности событий, отсутствие конфликт­ности, т. е. игнорирование межсобытийных связей. Риск кризиса тем выше, чем меньше человек рационален и стратегичен, чем больше он уверен в вероятности высокозначи­мых событий. Автор показал, что при биографических кризисах снижается оценка человеком продуктивности сво­ей жизни, существенно усиливается переживание своей ис­черпанности, опустошенности, бесперспективности, снижа­ется переживание своей реализованности. Как правило, та­кие кризисы сопровождаются ухудшением здоровья, зани­жается ожидаемая продолжительность жизни. Оказалось, что женщины в целом более продуктивно оценивают своей жизненный путь, чем мужчины, и менее категоричны в оценке жизненных событий. Источником биографического кризиса является неоптимальная жизненная программа лич­ности, автором которой личность сама и является.

Р.А. Ахмеров выделяет три типа биографических кри­зисов: кризис нереализованности, кризис опустошеннос­ти, кризис бесперспективности.

**Кризис нереализованности** возникает, когда по тем или иным причинам человек слабо представляет связи со­бытий своей жизни. Возникают переживания, что «вот, моя жизненная программа не выполнена», «жизнь не удалась», «не повезло». Человек не видит или недооценивает свои достижения или успехи, в своем прошлом не видит достаточно существенных событий, полезных с точки зре­ния настоящего и предстоящего. Одной из причин такого рода кризиса может быть новая социальная среда, в кото­рую человека забросило, с которой он считается, но в которой его прежний опыт не является ценностью.

**Кризис опустошенности** возникает в ситуациях, когда в субъективной картине жизненного пути слабо представ­лены связи, ведущие от прошлого в настоящее и буду­щее. Несмотря на то, что человек осознает наличие у себя к данному времени важных, значимых достижений, у него доминирует переживание, что он уже «прочитан­ная книга», что у него нет сил и нет заметных привлека­тельных целей в будущем, а тогда зачем жить? Одной из причин такого состояния может служить некоторая ус­талость после длительного периода самозабвенной и упор­ной работы, штурма высоты в жизни и профессии. В этом случае оправданы передышка, отдых от утомившего образа жизни и бурной деятельности. Другой вариант наблюдается при резкой смене социальной или жизнен­ной ситуации, когда у человека возникает ощущение неопределенности, непредсказуемости будущего, когда «не знаешь, за что ухватиться».

**Кризис бесперспективности** возникает в ситуациях, когда по тем или иным причинам в сознании слабо пред­ставлены проекты, планы, мечты о будущем. Дело здесь не в самой по себе Неопределенности будущего, оно может быть вполне определенным — гарантированная скука, безнадежный застой, отсутствие перспектив профессио­нального роста, — а в переживаниях, обозначаемых сло­вами типа «впереди ничего не светит». У человека есть и достижения, и ценные личные качества, но он затрудня­ется в построении новых жизненных программ, не видит для себя путей самореализации в новых возможных ро­лях. Реальным показателем наличия такого кризиса яв­ляется то, что затянувшееся переживание закономерно вызывает отклонения в телесном здоровье.

**Контрольные вопросы:**

1. Раскройте предмет и задачи кризисной психологии.
2. Какие основные понятия выделяют в курсе кризисной психологии?
3. Причины выделения кризисной психологии в самостоятель­ную отрасль психологической науки.
4. Типы ситуационных реакций на стресс.
5. Три типа биографических кризисов.

**Тема 2 Система основных понятий кризисной психологии**

1 Кризисное событие

2 Понятие «психическая травма»

3 Скорбь как процесс переживания

4 Стратегии преодоления психической травмы

Личность, находящаяся в состоянии кризиса, не может оставаться прежней; иными словами, ей не удается осмыслить свой ак­туальный психотравмирующий опыт, оперируя знакомыми, шаблонными категориями или используя привычные модели приспособления. Такое определение дает известный психолог Г.У. Олпорт.

Во-первых, кризис — это ситуация стресса эмоциональ­ного и умственного.

Во-вторых, это ситуация, когда человек вынужден пе­ресмотреть свои представления о мире и о себе.

В-третьих, это ситуация, когда происходит не просто пе­ресмотр представлений о себе — происходит изменение струк­туры личности, причем эта перестройка может осуществлять­ся как с позитивной, так и с негативной модальностью.

В определяемом понятии **«кризисное событие»** сис­темообразующим является элемент «нежелательное явле­ние». Данная характеристика ставит кризисное явление в зависимость от личностной оценки и личностного воспри­ятия. Нежелательность кризисного события определяется тем, что оно опасно («совместная опасность» — второй сис­темообразующий элемент данного понятия) для жизнедея­тельности человека. Это может быть угроза здоровью че­ловека, его материальному благополучию, социальному статусу, внутриличностному равновесию.

Две характеристики понятия «кризисное событие» — «совместная опасность» и «нежелательность» — раскрыва­ют систему признаков, входящих в содержание данного понятия.

**Основные признаки** понятия «кризисное событие»: внезапность наступления события; сверхнормативное для данного человека, для данной ситу­ации содержание события; возникновение внутриличностного, межличностного или межгруппового конфликта, тре­бующего оперативного разрешения, и отсутствие у челове­ка опыта решения конфликта такого уровня; динамиче­ские, прогрессирующие изменения в ситуации, в условиях жизнедеятельности, в социальных ролях; усложнение про­цессов жизнедеятельности в связи с появлением неизвест­ных ранее и не имеющих аналогов в опыте человека не­определенных элементов жизнедеятельности; переход си­туации в фазу нестабильности, выход к пределам адапта­ционных ресурсов человека.

При анализе и определении сущности кризисного собы­тия можно выделить пять подходов рассмотрения данной категории: 1) житейский, на уровне здравого смысла; 2) психологический; 3) социоло­гический; 4) философский; 5) технический.

**Параметры кризисного события:** неблагоприятные условия для жизнедеятельности; угрожающий характер со­бытия; резкое возрастание внутриличностной напряжен­ности; истощение адаптационных ресурсов и «прорыв» адаптационного барьера; изменение динамических стерео­типов поведения; кризисное состояние личности.

Координаты описания понятия «кризисное собы­тие». Для описания индивидуального развития в совре­менной психологической науке применяются три главных термина: «время жизни», «жизненный цикл» и «жизнен­ный путь». Характеристику данных категорий, описываю­щих индивидуальное развитие, дает И. С. Кон. При определении термина «жизнен­ный путь» особое внимание уделяется понятию «событие». Слово «кризис» подчер­кивает момент нарушения равновесия, появления новых потребностей и перестройки мотивационной сферы личности. Но так как в данной фазе развития подобное состояние ста­тистически нормально, то и кризисы эти называются «нор­мативными».

**Психическая травма —** это потрясение, пережи­вание особого взаимодействия человека и окружающего мира. Главным содержанием психической травмы являет­ся утрата веры в то, что жизнь организована согласно по­рядку и поддается контролю.

В данном подходе активно рассматривается влияние психической травмы на восприятие времени, т.е. на то, как меняется видение прошлого, настоящего и будущего (ди­намический аспект в исследовании жизненного пути) под воздействием травмы. В какой-то момент жизни человек переживает психическую травму, которая вызывает самые сильные чувства. Травматический стресс по интенсивности переживаемых чувств соразмерен со всей предыдущей жизнью. Из-за этого травматический опыт кажется наибо­лее существенным событием в жизни, как бы «водоразде­лом», делящим всю жизнь на события, произошедшие до и после травмирующего события. Полученная травма ме­няет видение не только настоящего, прошлого, но и буду­щего.

Человек, который пережил травмирующее событие, но не отреагировал его, как бы остается в этом событии. Оно притягивает к себе человека, не отпускает его. Для таких людей велика вероятность повторения травматической си­туации. Они стремятся пережить травмирующее событие снова, чтобы отреагировать его. Одна из основных детерминант суицидально­го поведения — социально-психологическая дезадаптация личности при субъективной интерпретации жизненных проблем как неразрешимых. Человеку начинает казаться, что он в тупике, из которого уже нет выхода. Так как созна­ние человека сужено, он думает, что смерть — это един­ственный выход.

**Психологическая перспектива** (психологическое будущее) — это когнитивная способность предвидеть буду­щее, прогнозировать его, представляя себя в нем, это це­лостная готовность к нему в настоящем. Такая перспекти­ва может иметь место даже у личностей с когнитивно бед­ным, нерасчлененным, неосознанным представлением о будущем. Личностная перспектива открывается при нали­чии способностей как будущих возможностей, зрелости, а потому готовности к трудностям, неожиданностям. Пред­ставления личности о собственном будущем являются фак­тором ее жизненного пути, образуют субъективный образ развития индивида. Прогнозирование личностью своего жизненного пути имеет количественные и качественные ха­рактеристики. Количественный аспект — длительность, объем, вероятность явлений будущего. Качественный ас­пект — определенность явлений будущего. Особенности их структурных отношений проявляются в оптимистичности — пессимистичности, реалистичности — фантастичности.

**Последствия травмати­ческих событий.** Ближайшие последствия проявляются в виде психических состояний (страх, ужас, беспомощность и др.), которые отражают объективное содержание собы­тий и соответствуют характеру данного человека. Возник­шие состояния влияют на взаимодействие человека с новы­ми обстоятельствами, определяя, займет ли он активную позицию и будет ли бороться с ними или же, наоборот, растеряется, не найдет выхода из трудной ситуации. Дли­тельность психических состояний колеблется от несколь­ких минут до нескольких лет и зависит от силы внешнего воздействия и характера человека. Отдаленные психиче­ские последствия могут возникать и без отчетливо выра­женных психических состояний. Определенные биографи­ческие факты не вызывают ближайшего психологического эффекта, но имеют отдаленные последствия. Психологи­ческая роль травматического события заключается в том, что оно определяет многие последующие события, кладет начало новому образу жизни.

Основной единицей внутренней жизни личности явля­ется переживание. Переживания в форме психических состояний, в которых слиты эмоциональные, волевые и интеллектуальные компоненты, отражают события и об­стоятельства жизни в их отношении к самому субъекту. Пережитое сохраняется в памяти личности и служит мате­риалом для осмысления в процессе выработки жизненных планов и целей, жизненной философии, определяющих поведение человека.

Еще Л.С. Выготский обращался к сфере эмоций и пе­реживаний. В конце жизни он предпринял большое теоре­тическое исследование, посвященное учению Б. Спинозы о страстях. Он писал о том, что в системе знаний обобщает­ся, осознается мир внутренних переживаний — человек вы­ходит из «рабства аффектов» и обретает внутреннюю сво­боду. С.Л. Рубинштейну принадлежит утверждение, что эмоции рождаются в действии, и поэтому в каждом действии заключены хотя бы зачатки эмоциональности. А. В. Запорожец проводил исследования генезиса детских эмоций и рассматривал последние как функциональные органы индивида и как специфические формы действия. В 40-е годы XX века А.Н. Леонтьев и А.Р. Лурия писа­ли о том, что сложные человеческие переживания необхо­димо рассматривать как продукты исторического разви­тия. Другими словами, при разработке психологической теории деятельности неоднократно высказывались опреде­ленные методологические положения о том, как строить деятельностную теорию человеческих эмоций и пережива­ний. В качестве объекта своего исследования Ф. Е. Василюк избрал процессы, с помощью которых человек пре­одолевает жизненные критические ситуации. Основной целью исследования являлось установление закономерно­стей, которым подчиняются процессы переживания. Пере­живание рассматривается Ф.Е. Василюком не как отблеск в сознании субъекта тех или иных его состояний, не как форма созерцания, а как особая форма деятельности, на­правленная на восстановление душевного равновесия, ут­раченной осмысленности существования.

**Скорбь —** это процесс переживания состояния потери, смерти близких людей.Процесс скорби обычно рассматри­вается как феномен, состоящий из трех стадий. Первая стадия включает в себя шок, отказ верить в то, что люби­мый человек умер, и сопровождается плачем и сильней­шим дистрессом. Вторая стадия характеризуется болез­ненной тоской по умершему человеку и мыслями о нем. На третьей стадии происходит постепенное уменьшение пе­чали и возврат к нормальной деятельности.

Проведены многочисленные исследования, в которых рассматривалось соотношение между горем и последующи­ми болезнями и смертью того, кто понес утрату. Современ­ные исследователи выявили несколько факторов, связан­ных с повышенным риском смертности у людей, потеряв­ших близких: одиночество, отсутствие сети социальной поддержки, снижение эффективности иммунной системы (особенно у мужчин, перенесших горе).

Основные стадии переживания человеком го­ря. Вместе с этапами (стадиями) дадим характеристики проявления горя на поведенческом, ментальном и эмоцио­нальном уровнях.

**Таблица 1 - Основные стадии скорби**

|  |  |
| --- | --- |
| **Временные этапы** | **Проявления** |
| **Стадия 1**  Начинается сразу после смерти близкого человека; обычно длится от одного до трех дней | Шок  Неверие, отрицание  Оцепенение  Рыдание  Смятение |
| **Стадия 2**  Пики наблюдаются между второй и четвертой неделями после смерти; обычно длится в течение года | Болезненная тоска  Погруженность в переживания  Воспоминания  Яркий образ умершего в душе  Ощущение, что умерший жив  Печаль, слезливость, бессонница  Анорексия  Потеря интереса к жизни  Раздражительность и беспокойство |
| **Стадия 3**  Обычно наступает в тече­ние года после смерти близко­го человека | Уменьшение количества эпизодов печали  Способность вспоминать о прош­лом с удовольствием  Возобновление повседневной ак­тивности |

Рассмотрению понятия «психологическое преодоление» в зарубежной психологии посвящено значительное количест­во работ. Русскоязычные психологические журналы начали публиковать статьи по этой проблеме, основанные на иссле­дованиях западных ученых, в конце 90-х годов XX века.

Стратегия преодоления возникает: а) при столкновении личности с новыми для нее требованиями; б) когда ранее усвоенные и привычные формы реагирования уже не сра­батывают; в) когда субъект сталкивается с невозмож­ностью реализации своих планов и намерений, стремлений и ценностей.

Характеризуя критическую ситуацию, Ф. Е. Василюк отмечает, что она в самом общем плане должна быть опре­делена как ситуация невозможности, т.е. такая ситуация, когда субъект сталкивается с невозможностью реализации внутренних потребностей своей жизни (мотивы, стремле­ния, ценности и пр.).

Кризисные жизненные ситуации описываются следую­щими понятиями: стресс, конфликт, фрустрация. И в лю­бой сфере жизнедеятельности, когда возникают стресс, конфликт, фрустрация, перед человеком возникает необ­ходимость освобождения от негативных последствий этих явлений. В каждом таком случае ему важно подняться над ситуацией, включить возможные резервы преодоления. Процесс освобождения от негативных последствий стрес­са, конфликта, фрустрации в психологии принято обозна­чать определенным термином, который в англоязычной литературе фиксируется термином «coping».

Понятие «coping» происходит от английского слова «со­ре» (преодолевать) и по содержанию близко к понятию «адаптация», которое в отечественной психологии до по­следнего времени применялось чаще.

Распространенность понятия «coping» объясняется ря­дом тенденций современной психологии.

Во-первых, произошло освоение отечественными психо­логами теоретических концептов К. Левина, прежде всего понятия «психологическое жизненное пространство». В понятии «психологическое жизненное пространство» ключевое место занимает концепт взаимосвязи личности и ситуации. Положение о том, что ситуация определяет ло­гику поведения человека, требует уточнения: ситуация вли­яет на возникновение у человека соответствующей диспо­зиции. Отсюда важное положение: существует тенденция к некоторой конгруэнтности между личностными диспози­циями и ситуативными стратегиями, приводящая к тому, что люди с определенными типами диспозиций будут вы­бирать определенные типы социальных ситуаций и опреде­ленные стратегии поведения в этих ситуациях.

Во-вторых, повысилось внимание практической психо­логии к идеографическому подходу, который в академи­ческой психологии как бы «не нужен». Идеографический подход при объяснении поведения человека делает акцент не на параметрах ситуации как таковой, а на характеристи­ке восприятия, понимания и истолковании этой ситуации (К. Левин, X. Томе, Л. И. Анциферова). Иными словами, мы обращаем внимание не столько на то, что произошло и происходит, сколько на то, как человек воспринимает и переживает ситуацию, как реагирует на нее. В других тер­минах нас интересует субъективность, а не объективность человеческой ситуации, которая дана в переживаниях этой ситуации.

**Под понятием «преодоление»** мы будем понимать ин­дивидуальный способ взаимодействия с ситуацией в соот­ветствии с ее собственной логикой, значимостью в жизни человека и его психологическими возможностями. Главная задача преодоления **—** удержать человека в состоянии психического равновесия, если он попадает в ситуацию неопределенности. Можно выделить два модуса психологического прео­доления. Первый модус направлен на решение проблемы, второй — на изменение собственных установок в отноше­нии ситуации.

Существует большое число классификаций видов пси­хологического преодоления, которые иногда дополняют друг друга, иногда противоречат друг другу. В соответ­ствии со стратегиями преодоления выделяют два типа личности: одни ищут новую информацию о событии, дру­гие (их определяют как «толстокожие) закрыты для нее (E. Koplik). При анализе когнитивных стратегий преодо­ления К. Parkers обращает внимание на прямое и психоло­гическое подавление и на вытеснение фрустрирующих фак­торов. V.Billings, R. Moos предлагают для рассмотрения три способа психологического преодоления: оценка ситуа­ции, вмешательство в ситуацию и избегание.

Развернутую классификацию предложил Н. Weber: 1) реальное (поведенческое или когнитивное) решение проблемы; 2) поиск социальной поддержки; 3) перетолко­вание ситуации в свою пользу; 4) защита и отвержение проблем; 5) уклонение и избегание; 6) сострадание к само­му себе; 7) понижение самооценки; 8) эмоциональная экспрессия. С. Carver, М. Scheier выделяют 14 модусов психологического преодоления, а Н. Thomae, анализируя жизненный путь нескольких возрастных групп, выделил 20 типичных реакций психологического преодоления.

В научной литературе опубликован Бернский вопрос­ник для изучения способов преодоления критических ситу­аций, в котором перечислено 30 стратегий. Всего в вопроснике предлагается оценить поведение по 30 возможным вариантам, способам преодоления крити­ческих ситуаций. Обозначенные формы преодоления кри­зиса связаны с одним из трех уровней: поведением (П), когнитивными схемами (К) или эмоциями (Э).

Сейчас можно говорить только о следующих возмож­ных основаниях для классификации:

1. ориентированность, или локус преодоления (ориен­тация на проблему или на себя);
2. область психического, в которой развертывается про­цесс преодоления (внешняя, видимая деятельность челове­ка, его представления о деятельности или чувства, которые вызывают у него собственно деятельность);
3. параметр «эффективность», показывающий, прино­сит стратегия преодоления желаемый результат или нет;
4. временная протяженность полученного эффекта пос­ле преодоления жизненного препятствия (разрешается си­туация радикально или требует возврата к ней, дополни­тельных усилий);
5. тип ситуаций, провоцирующих coping-поведение, которые можно рассматривать начиная от кризисной и за­канчивая повседневной ситуацией.

Если мы рассматриваем эффективность исходя из **си­туационного критерия,** мы должны фиксировать внима­ние на влиянии ситуации. Можно считать процесс преодо­ления завершившимся, когда ситуация для субъекта утра­чивает свою негативную значимость.

Если мы рассматриваем эффективность исходя из **лич­ностного критерия,** необходимо сосредоточивать внима­ние на том, что происходит с личностью человека. Можно полагать, что процесс преодоления завершился или завер­шается, если происходит заметное понижение уровня невротизации личности, выражающееся в снижении депрес­сии, тревожности, раздражительности и психосоматиче­ской симптоматики.

Если же мы рассматриваем эффективность исходя из адаптационного критерия,следует обратить внимание на процесс приспособления человека к кризисной ситуа­ции. Надежным критерием эффективности coping можно считать и ослабление чувства уязвимости к стрессам, по­вышение адаптационных ресурсов.Выделенные критерии эффективности coping редко проявляются в чистом виде: например, решение эффектив­ности на личностном уровне влечет за собой остальные два критерия.Процесс преодоления обусловливается полоролевыми стереотипами**.** Так, женский тип преодоления трудностей преимущественно эмоциональный, мужской — инструмен­тальный. Мужчинам (так принято думать) свойственно преодолевать трудности через преобразование кризисной ситуации или через ее перетолкование.

К **эффективным стратегиям** можно отнести такие, в которых происходит реальное преобразование ситуации или, по крайней мере, ее перетолкование. Преобразование ситуации — это не столько переделка внешнего мира, сколько изменение отношения к этому миру, что и ведет за собой преобразование ситуации. Фрагмент действитель­ности становится ситуацией (здесь лучше использовать термин «событие») только тогда, когда он включен субъек­том в свой жизненный путь.

К **неоднозначным стратегиям** относят эмоционально-экспрессивные формы преодоления. Общее психотерапев­тическое положение звучит следующим образом: выраже­ние чувств — достаточно эффективный способ преодоления стресса. Психологов, педагогов учат, на что следует обра­щать внимание при поведении человека в состоянии горя. Если он активно реагирует на это состояние, значит, про­цесс выздоровления запущен. Аффективное поведение — признак выздоровления, замкнутость — тревожный при­знак. Однако в этом, в общем бесспорном, утверждении есть одно исключение. Открытое проявление агрессивно­сти в силу своей асоциальной направленности не является эффективным. Вместе с тем и сдерживание гнева представ­ляет собой фактор риска, так как нарушает психологиче­ское благополучие человека.

Фактором риска является стратегия самообвинения. Человек в кризисных ситуациях может принять на себя вину за те трудности, с которыми ему приходится сталки­ваться. У него формируется невротическая вина, которая сама становится объектом преодоления и не всегда снима­ется без помощи психолога.

***Контрольные вопросы:***

1. Основные понятия кризисной психологии: «кризис», «собы­тие», «кризисное событие», «психическая травма».
2. Два подхода к описанию личностного развития: возрастные закономерности и возрастные особенности (динамический принцип).
3. Понятие «переживание» как основная единица внутренней жизни личности.
4. Раскройте понятие «психологическое преодоление» (coping-стратегия).
5. Эффективность основных стратегий преодоления.

**Тема 3 Теория посттравматического стрессового расстройства**

1 История создания теории

2 Этиология

3 Симптоматика

4 Психологические последствия продолжительного жестокого обращения

Современное представление о посттравматическом стрессовом расстройстве (ПТСР) сложилось окончательно к 80-м годам XX века, однако информация о воздействии травматических переживаний фиксировалась на протяже­нии столетий.

Первое систематическое описание психических рас­стройств, вызванных тяжелой психической травмой, было сделано в 1867 г. английским хирургом Д.Е. Эриксоном в работе «Железнодорожная травма и другие травмы нерв­ной системы», где он описал ряд симптомов психического расстройства, которые наблюдал у лиц, пострадавших в результате железнодорожной катастрофы. В течение мно­гих недель после события эти больные испытывали посто­янное ощущение «душевного дискомфорта», страдали рас­стройством сна с тяжелыми сновидениями, связанными с несчастным случаем. Объективно у них отмечались нару­шения памяти и ослабление концентрации внимания. Пе­речисленные расстройства Эриксон пытался объяснить ре­зультатом «молекулярного поражения спинного мозга». Однако такой вывод не нашел в дальнейшем поддержки у ученых и практиков.

В 1889 г. немецкий невролог Н. Опенгейм ввел термин «травматический невроз» для диагностики психических расстройств у участников боевых действий, причины кото­рых он усматривал в органических нарушениях головного мозга, вызванных как физическими, так и психологиче­скими факторами.

Последствия Первой мировой войны дали дополнитель­ные материалы для развития представлений о психологи­ческих последствиях военной травмы. Так, С. Майер в ра­боте «Артиллерийский шок во Франции 1914—1919» ввел понятие «снарядный шок» — психическое состояние, вызванное сильным стрессом. Реакции на участие в боевых действиях у разных авторов назывались по-разному: «во­енная усталость», «боевое истощение», «военный невроз», «посттравматический невроз».

А. Кардинер в 1941 г. провел одно из первых система­тизированных исследований явления, которое он назвал «хронический военный невроз». Он впервые дал комплекс­ное описание симптоматики: 1) возбудимость и раздражи­тельность; 2) безудержный тип реагирования на внезапные раздражители; 3) фиксация на обстоятельствах травмиро­вавшего события; 4) уход от реальности; 5) предрасполо­женность к неуправляемым агрессивным реакциям.

Э. Крепелин использовалтермин «невроз пожара» для того, чтобы обозначить отдельное клиническое состояние, включающее многочисленные нервные и физические фено­мены, возникающие как результат различных эмоциональ­ных потрясений или внезапного испуга, которые перерас­тают в тревожность. Он же впервые обратил внимание на то, что в его психопатологической картине существенную роль играют истерическое реагирование и рентные уста­новки больных. Ученый считал обязательным при их реа­билитации использовать парадоксальный подход, заключа­ющийся в ограничении пенсий и пособий и скорейшем возвращении пострадавших к привычной работе.

Благодаря работам 3. Фрейда в 20—30-е годы XX века в Европе произошло психоаналитическое осознание трав­матических неврозов.

Начиная с 40-х годов центр изучения данной проблемы переместился в США. Так**,** Е. Линдеман предложил для определения расстройств, вызванных тяжелой психичес­кой травмой, использовать понятие «патологическое горе».Данный синдром, по мнению автора, может развиваться непосредственно после несчастья или спустя некоторое время, может быть преувеличенно выражен или, наоборот, мало заметен.

В дальнейшем исследования таких ученых, как Р. С. Лео­польд, Н. Диллон, В. Г. Нидерлэнд, Р. И. Лифтон, обна­ружили следующие психологические расстройства: навяз­чивые и угнетающие воспоминания, приступы тревоги, ко­торые были определены как «синдром выживших». Уче­ные вводят понятие «синдром изнасилованных», опреде­ляя его как специфический психосоматический синдром, развивающийся в определенные сроки примерно у трети из числа подвергшихся изнасилованию.

К концу 70-х годов был накоплен зна­чительный материал, который показал, что у пострадав­ших, несмотря на различный характер событий, вызвав­ших психическую травму, наблюдается целый ряд общих и повторяющихся симптомов психических расстройств. Так как ни одной из нозологических форм в целом эти рас­стройства не соответствовали, М. Горовиц предложил вы­делить их в качестве самостоятельного синдрома под на­званием «посттравматическое стрессовое расстройство». С 1980 г. посттравматическое стрессовое расстройство включено Американской психиатрической ассоциацией в диагностическую номенклатуру.

Этиология. В основе этиологии ПТСР, по мнению большинства ис­следователей этого вопроса, лежит психическая травма, событие, способное вызвать психический стресс. Во всех случаях событие, ставшее причиной психической травмы, — экстраординарно для личности и сопровождается страхом, ужасом, ощущением беспомощности. Посттравматический стресс — это реакция организма на событие, которое выхо­дит за границы нормального человеческого опыта. Более кратко это определение звучит следующим образом: Посттравматический стресс есть нормальная ре­акция на ненормальную ситуацию (ненормальные обстоятельства).

Существует список ситуаций, приводящих к ПТСР.

Природные:

а) климатические (ураганы, смерчи, наводнения);

б) сейсмические (землетрясения, извержения вулканов).

Вызванные человеком:

- несчастные случаи:

а) на транспорте (дорожном, железнодорожном, водном, авиа);

б) в промышленности;

в) взрывы (химические, на шахтах, военных складах);

г) пожары (ожоги, удушение дымом);

д) биологические (вирусные, бактериологические, токсемии);

е) химические (токсические газы, жидкости, твердые вещества);

ж) ядерные (радиация, радиоактивное загрязнение);  
- умышленные действия:

а) терроризм;

б) бунты, мятежи, социальные волнения;

в) войны.

Травматическая ситуация становится событием, трав­мой в зависимости от диспозиционных факторов, в пер­вую очередь от характера восприятия и оценки события самим человеком. Опасность совершенно необязательно должна быть реальной, она может существовать в вообра­жении человека. Например, радиация как реальная опас­ность и радиофобия. Характер их воздействия на психику человека может быть практически одинаково болезнен, и психологическая помощь необходима как в одном, так и в другом случае. Усиливает травмирующее воздействие си­туации психическая и физическая слабость жертвы.

В развитии посттравматических стрессовых расстройств важную роль играют следующие ситуационные факторы: внезапность и неожиданность стресса (взрывы, катастро­фы, стихийные бедствия); жестокость происходящего (при военных действиях или нападениях террористов); недоста­точная социальная поддержка.

Число людей с психическим расстройством может быть значительно больше, чем число непосредственно постра­давших, так как стрессу подвергаются члены семей, свиде­тели, спасатели и т.д.

**Симптоматика**

Диагностические критерии посттравматического стрес­сового расстройства наиболее полно представлены в клас­сификации болезней DSM-III-R и DSM-IY (Diagnostic and Statistical Mannual of Mental Disorder).

Событие. Посттравматическое стрессовое расстройство возникает в результате психической травмы. В основе пси­хической травмы лежит ситуация, выходящая за рамки жизненного опыта, а потому не имеющая индивидуальных аналогов переработки. Таким образом, данная ситуация становится кризисным событием, из которого личность не видит выхода и попадает в состояние тяжелого стресса. Кризисная ситуация связана с угрозой жизни, здоровью, психическому равновесию как самого субъекта, так и его родственников, близких.

Группа повторного переживания. Психическая травма, вызвавшая ПТСР, повторно переживается пострадавшим в следующих формах (не менее одной):

1. повторные угнетающие мысли, связанные с «событием»;
2. постоянные или эпизодические угнетающие воспоми­нания о психической травме; у детей это могут быть по­вторяющиеся игры, в которых присутствует «событие»;
3. внезапное ощущение, что «событие» и то, что ему пред­шествовало, повторяется вновь (включая ощущения, иллю­зии, галлюцинации, диссоциативные эпизоды «flashbacks»);

4) психологическое угнетение в случаях, когда текущие события напоминают или символически связаны с психиче­ской травмой, включая предметы, даты (годовщины) и т.д.

Группа избегания. Постоянное избегание того, что мо­жет ассоциироваться с «событием» или напоминать о нем, а также общая психическая заторможенность (не менее трех пунктов):

1. стремление уйти от мыслей или чувств, ассоциирую­щихся с психической травмой;
2. стремление избегать ситуаций или действий, которые могут вызвать воспоминание о психической травме;
3. невозможность восстановить важные подробности, связанные с психической травмой;
4. значительная потеря интереса к ранее важным аспек­там деятельности (у детей — утрата навыков речи и само­обслуживания);
5. чувство отчуждения и безразличия к другим;
6. заметное снижение уровня положительных аффек­тивных переживаний (невозможность испытывать чувство любви, радости);
7. неуверенность в будущем (невозможность сделать карьеру, вступить в брак, иметь детей или долго жить) — эффект укороченного будущего.

Группа общей психической возбудимости / заторможен­ности. Симптомы повышенной возбудимости, отсутствую­щие до психической травмы (не менее двух из следующих):

1. трудности с засыпанием или сном;
2. раздражительность или вспышки гнева;
3. снижение концентрации внимания, рассеянность;

4) повышенная осторожность, гипертрофированная  
бдительность;

5) повышенная пугливость (повышенная стартовая ре-  
акция на внезапный стук и т.п.).

Распространенность травматического стресса зависит от ряда факторов: частоты травматических событий, геогра­фических регионов, в которых особенно часто происходят природные катастрофы, политических режимов.

**Методики диагностики**

Основным инструментом дифференциальной диагно­стики всего комплекса расстройств по критериям DSMTITR, в том числе ПТСР, является метод структурированного клинического интервью— СКИД (SCID—Structured Clinical Interview for DSM-III-R). СКИД был опублико­ван в 1987 г. и с тех пор широко применяется врачами и психологами, как в клинической практике, так и в исследо­вательских целях.

СКИД включает ряд диагностических модулей (блоки вопросов), обеспечивающих постановку диагноза по критериям, содержащимся в DSM-III-R. Конструкция интервью позволяет работать отдельно с любым необходимым для каждого конкретного случая модулем, который выбирает­ся на основании данных общего (обзорного) опроса паци­ента на первом этапе исследования. Окончательный диаг­ноз определяется по данным суммарной итоговой шкалы, в которую заносятся результаты, полученные при приме­нении каждого модуля.

Кроме основного инструмента (SCID) при диагностике ПТСР применяются следующие методики:

1. Миссисипская шкала (Missisippi Scale), позволяющая определить наличие PTSD-синдрома (Post-traumatic Stress Disorder) в 93% случаев и в 89% случаев — отсутствие это­го синдрома.
2. Субшкала PTSD-синдрома, разработанная на базе MMPI (Minnesota Multiphasic Personality Inventory). При­менение субшкалы MMPI выявляет до 82% случаев PTSD.
3. Опросник депрессии Бека.
4. Тест Спилбергера для определения личностной и си­туативной тревожности.
5. Шкала оценки тяжести воздействия травматического события (Impect of Event Scale — IOES) Горовица, позво­ляющая определить наличие у пациента PTSD-синдрома по выраженности одной из двух тенденций: стремления к навязчивым переживаниям по поводу травмы или к избе­ганию всего связанного с ней. Шотландский психолог В. Юл представил свой опыт применения шкалы Горови­ца для 8-летних детей (1993).
6. Локус контроля. Шкала Дж. Роттера.
7. Для определения уровня развития способности к воображению обычно используется опросник QMI (Questionnaire Upon Mental imagery). Кроме способности к воображению он фиксирует выраженность стремления к поиску «острых» впечатлений («sensation seeking»).

**Психологические последствия продолжительного жестокого обращения**

Симптоматика последствий продолжительного жесто­кого обращения. Жестокое обращение, особенно в детстве, по-видимому, является одним из основных факторов, при­водящих к тому, что человек становится психиатрическим пациентом. Большая доля (40—70%) взрослых психиатри­ческих пациентов — это люди, пережившие жестокое обра­щение в детстве. В. Брайер (1988), изучивший психиатри­ческих пациентов, сообщает, что у людей, переживших жестокое обращение в детстве, значительно чаще наблюда­ются бессонница, сексуальные дисфункции, рассеянность, гнев, склонность к суициду, самоистязанию, употреблению наркотиков и алкоголизму, чем у других пациентов.

Физиологические симптомы (соматизация). Повторная травма усиливает и способствует распространению физиоло­гических симптомов ПТСР. Хронически травмированные люди находятся в тревожном и возбужденном состоянии без каких-либо признаков базисного состояния спокойствия и комфорта. Они начинают жаловаться на бессонницу, реак­ции испуга и возбуждения, у них появляются многочислен­ные соматические симптомы. Чаще всего это головная боль, желудочно-кишечные нарушения, боли в брюшной полости, спине и почках. Перенесшие жестокое обращение часто жа­луются также на дрожь, ощущение тошноты и рвоты. В клинических исследованиях лиц, переживших Холокост, было зафиксировано, что психосоматические реакции встре­чаются практически во всех случаях.

В клинической литературе также прослеживается связь между нарушениями соматики и травмами, полученными в детстве.

**Диссоциация.** Во время длительного заключения и изо­ляции некоторые узники развивают у себя способность к вхождению в состояние транса (обычно бывает только у лю­дей, подверженных гипнозу), включая способность вызывать у себя положительные и отрицательные галлюцинации и диссоциировать личность, что проявляется в нарушении ощущения времени, памяти и концентрации внимания. Из­менения в ощущении времени начинаются с облитерации бу­дущего, но затем, постепенно, прогрессируют в облитерацию прошлого. Разрыв непрерывности между прошлым и буду­щим часто сохраняется даже после освобождения человека из заключения. Внешне у него все выглядит нормально, и, кажется, что он вернулся в обычное время, но психологичес­ки он продолжает оставаться связанным с тем безвременьем, которое он ощущал во время пребывания в заключении.

У людей, переживших жестокое обращение в детстве, такие диссоциативные способности развиваются в самом экстремальном виде. Ученые зафиксировали операции фрагментарного разума, тщательно разработанные детьми, которые подвергались истязаниям, для того, что­бы сохранить иллюзию хороших родителей. Он отмечает установление изолированного разделенного разума, в ко­тором находящиеся в противоречии изображения самого ребенка и его родителей никогда не соединяются.

**Триада выжившего**. Есть люди с сильной и безопасной системой веры, которые могут выдержать все тяготы дли­тельного жестокого обращения и выйти из них целыми и невредимыми, с непоколебимыми убеждениями. Однако та­ких людей очень мало. В большинстве случаев у человека остается горечь ощущения, что он забыт и Богом, и людь­ми. Такие разрушительные психологические потери чаще всего приводят к состоянию устойчивой депрессии. Опыт продолжительной травмы образует то, что Нидерлэнд на­зывает «триада выжившего»: бессонница, ночные кошмары и психосоматические жалобы. Диссоционные симптомы ПТСР сливаются с трудностями концентрации, вызванны­ми депрессией. Паралич инициативы, являющийся следст­вием повторной травмы, соединяется с апатией и беспомощ­ностью депрессии. Разрывы межличностных контактов, свя­занные с травмой, усиливают ощущение изоляции и удален­ности (одиночества), ощущение вины и безнадежности.

**Патологические изменения во взаимоотношениях**. Ме­тоды установления контроля над другими людьми базиру­ются на систематическом, повторяющемся нанесении пси­хической травмы. Эти методы спланированы так, чтобы исподволь постепенно внушать человеку чувство страха и беспомощности, разрушать его самосознание и связи с другими людьми, а также воспитывать патологическую преданность преступнику. Хотя насилие является универ­сальным методом внушения страха, угроза смерти или серьезной травмы либо для самой жертвы, либо для кого-то из близких ей людей используется гораздо чаще, чем фактическое применение насилия. Страх усиливается из-за непредсказуемости вспышек насилия и из-за непоследо­вательного принуждения к использованию многочислен­ных тривиальных требований и мелких правил.

Кроме того, преступник ищет способ разрушить у жерт­вы ощущение автономии. Это достигается за счет контро­ля тела жертвы и его функций. Обычно в этих случаях че­ловек лишается пищи, сна, приюта, у него нет возможно­сти заняться личной гигиеной или найти себе уединение. После того как преступник устанавливает такую степень контроля, он становится потенциальным источником уте­шения и в равной степени унижения. В такой ситуации вы­дача «мелких индульгенций» может разрушить психологи­ческое сопротивление жертвы значительно более эффек­тивно, чем это сделают принуждение и страх.

Если жертва находится в изоляции, то ее зависимость от преступника постоянно возрастает. Это связано не только с выживанием и удовлетворением основных потребностей че­рез преступника, но с информацией и даже с эмоциональ­ной поддержкой. Длительное пребывание в страхе смерти и в изоляции создает надежную связь между преступником и жертвой. Это «травматическая связь», наблюдаемая у за­ложников, которые приходят к тому, что смотрят на захват­чиков как на спасителей и боятся и ненавидят своих осво­бодителей. Этот процесс можно описать как усиленную регрессию к «психологическому инфантилизму», которая «заставляет жертвы цепляться за каждого человека, под­вергающего опасности их жизнь». Такая травматическая связь может наблюдаться между истязаемой женщиной и ее обидчиком или между детьми, подвергающимися жестоко­му обращению, и их родителями. Аналогичные сведения сообщаются о людях, которые вовлекаются в различные ре­лигиозные секты.

Ограничение возможности активного взаимодействия с внешним миром приводит к росту пассивности и беспо­мощности. К истязаемым женщинам и другим, хронически травмированным людям фактически можно применить концепцию «привитой беспомощности». Продолжительный плен разрушает привычное ощущение сравнительно без­опасной области инициативы, в которой есть место для проб и ошибок. Для хронически травмированного челове­ка любое независимое действие является нарушением су­бординации, что влечет за собой риск сурового наказания.

Вынужденная взаимосвязь (жертва — преступник) мо­нополизирует внимание жертвы, становится частью ее внутреннего мира и продолжает поглощать ее внимание и по освобождении. После обретения свободы трудно восста­новить контакты с внешним миром в таком виде, какими они были до освобождения. Все взаимоотношения рассмат­риваются сквозь призму крайней нужды. Так как исчеза­ют ограничения на вовлечение во взаимоотношения или риск такого вовлечения, выживший относится к любому общению так, как будто на карту поставлены вопросы жизни и смерти. Он постоянно колеблется между крепки­ми контактами и полным удалением от окружающих. У людей, переживших в детстве жестокое обращение, на­рушения во взаимоотношениях с окружающими усилива­ются. Наблюдаются колебания в контактах, формируются неустойчивые, напряженные взаимоотношения.

У людей, перенесших жестокое обращение в детстве, развиваются еще более сложные деформации индиви­дуальности. Чаще всего человек ощущает себя загрязнен­ным, виноватым, ему кажется, что в нем есть что-то дьявольское. Кроме того, часто наблюдается фрагмента­ция в ощущении самого себя, которая достигает крайней степени при множественном расстройстве личности. С. Ференци (1933) описывает этот процесс как «атоматизацию» личности ребенка, испытавшего жестокое обращение.

Пострадавшие в результате продолжительного жестокого обращения подвергаются риску повторного поврежде­ния либо путем самоистязания, саморазрушения, либо от рук других людей. Было установлено, что нанесение уве­чий самому себе и другие пароксизмальные формы воздей­ствия на тело чаще наблюдаются у тех жертв, которые ис­пытывали жестокое обращение в раннем детстве.

Человек, переживший жестокое обращение в детстве, может также выступать в роли обидчика других, в роли пассивного наблюдателя или, что случается гораздо реже, в роли преступника. Жестокое обращение в детстве, по-ви­димому, является фактором риска и способствует тому, что человек становится безжалостным по отношению к другим. Особенно это касается мужчин. Предполагается, что жен­щины, которые в детстве были свидетелями грубых отно­шений в быту или сексуального насилия, подвержены по­вышенному риску испытать суровое обращение в заму­жестве.

Однако следует отметить, что в противоположность популярному замечанию о «возобновляющемся цикле жес­токого обращения» большинство людей, переживших жес­токое обращение в детстве, не испытывают желания изде­ваться над другими людьми. Как правило, эти люди моби­лизуют все свои возможности, чтобы обеспечить своим де­тям заботу и защиту, которых не имели в детстве.

**Психологические последствия терроризма**

Ввиду отсутствия в литературе научных данных о феномене «терроризм», рассмотрим со­держание данного понятия посредством выделения его ос­новных признаков.

1. Отсутствие предупреждения. Предупреждение поз­воляет человеку предпринять защитные психологические или физические действия.
2. Серьезная угроза личной безопасности. Известно, что когда личное здоровье подвергается риску, возможно появление психических симптомов в будущем.
3. Возможность оказаться в опасной ситуации. Риску психологического нездоровья подвержены не только участ­ники события, но и те, кто реагировал на них.
4. Психологическая уязвимость, которая ухудшает об­щее состояние здоровья. Люди, чье здоровье ухудшилось во время террористического акта, находятся в зоне повы­шенной психологической опасности.
5. Вероятность повторения. Террористические акты вы­зывают чувство незащищенности от повторения подобных событий: это может случиться еще раз, это может случить­ся повсюду.
6. Неизвестные возможные последствия для здоровья, беспокойство, вызванное длительным негативным воздей­ствием на здоровье людей.
7. Символичность выбора цели террористами. Терро­ристы не выбирают жертвы случайно: основной критерий — символическая значимость цели. Общественные здания, например, символизируют власть, стабильность, величие.

Психологические последствия терроризма. Установле­но, что у 40 % жертв террористов ухудшается психическое здоровье. Психологическая помощь требуется также 20% спасателей.

Последствия терроризма отличаются тем, что может пройти несколько лет, прежде чем жертва осознает нали­чие у себя психической травмы как следствия террористи­ческого акта и обратится за помощью. Степень воздействия на здоровье определяется близостью человека к месту опасности. Если это воздействие является прямым и непосредственным, ве­роятность развития клинических симптомов более ощутима.

Значимость утраты и ее последствия. Послед­ствия травматических событий зависят не только от само­го события, но и от характера его восприятия. Утрата мо­жет пониматься по-разному. Обычно считается, что люди, потерявшие самое дорогое и чье горе очевидно, это те, у кого погибли члены семьи, близкие друзья и т.п.

Внешние потери можно подразделить на утрату физи­ческой работоспособности в результате травмы, потерю ра­боты из-за разрушения предприятий, лишение экономиче­ского и социального положения.

Особенности переживаний жертв терроризма:

- уникальность переживания: существует мало ситуаций в жизни, в которых человек переживает то же самое;

- человек понимает, что исполняет роль пешки в игре, находящейся вне его контроля;

- жертва ощущает себя униженной, не имеющей ника­кой ценности;

- между жертвой и террористом иногда устанавливается связь, и жертва видит в террористе своего защитника. При­мером может служить так называемый «стокгольмский синд­ром» (получил это название после инцидента с захватом заложников, произошедшего в Стокгольме, во время которого террорист и заложни­ца стали любовниками). Для жертвы такая связь выполняет защитную функ­цию, облегчая чувство страха и беспомощности. Тем не менее, после инцидента эта зависимость может превратиться в источ­ник вины, что может свести на нет все попытки лечения;

- ситуация включает в себя элемент полной неожидан­ности, что не может не вызывать сильное чувство беспо­мощности и беспокойства;

- человек получает двойную травму в связи с полным за­мешательством от непомерных требований террористов, для которых жертва не имеет никакой ценности, кроме того, что она является залогом достижения их цели. Жертва чувству­ет свою ненужность, как террористам, так и властям. Вероят­ность того, что власти прекратят переговоры и перейдут к во­оруженному насильственному вмешательству, создает ощу­щение двойной опасности, надвигающейся со стороны терро­ристов и со стороны властей. В то же время жизнь жертвы в такой момент зависит от террористов, а окончательное спасе­ние — от властей. Ситуация двойной зависимости жертвы часто и есть тот редкий патологический фактор, который ставится во главу угла при дальнейшем лечении.

**Контрольные вопросы:**

1. История создания теории посттравматического стресса.
2. Происхождение и симптоматика посттравматического стресса.
3. Анализ методов диагностики.
4. Симптоматика последствий продолжительного жестокого об­ращения.
5. Патологические изменения во взаимоотношениях и в индиви­дуальности личности.
6. Повторные повреждения, которые следуют за продолжитель­ным жестоким обращением.
7. Психологические последствия терроризма.

**Тема 4 Психологический анализ горя**

1 Потеря близкого человека

2 Общая характеристика переживания детьми горя. Фазы детского горя

3 Возрастные особенности переживания горя

Самой тяжелой утратой является, конечно, смерть близкого человека. Так­же к утратам относят длительные разлуки, прекращение отношений с близким человеком. Утрата может быть со­циальной: потеря работы или учебы, психической или физической: утрата части организма, соответствующих способностей или возможностей, духовных или матери­альных. У детей часто потеря животных или любимой игрушки приводит к самому настоящему горю.

Обычно словагоре и утратаиспользуются как сино­нимы. Хотя утрата — переживание, человеческий опыт, связанный со смертью близкого, а горе — это чувство и проявление этого переживания. Вместе с потерей близко­го человека из жизни человека уходит целый мир — мир связей, привязанностей, отношений, заботы, и, несмотря на то, что каждый день миллионы людей переживают горе, утрату, у каждого человека оно уникально, горе неповтори­мо и может приводить к психологическим кризисам.

Известная исследователь Кюблер-Росс многое сдела­ла для того, чтобы смерть перестала быть запретной те­мой. Много времени она провела около умирающих боль­ных, и она, обобщив свой опыт, систематизировала их пе­реживания. Когда человек узнает о том, что болен неиз­лечимой болезнью, он последовательно переживает пять основных этапов: отрицание, гнев, депрессия, торг и принятие.

На стадии отрицания, узнав, что он неизлечимо бо­лен, человек считает это ошибкой. Он уверен, что непра­вильно поставлен диагноз, что все перепутано, что это мо­жет случиться с кем угодно, только не с ним.

Когда эти иллюзий развеиваются, наступает фаза гне­ва. Человек задает себе вопрос: «Почему именно я?» — и начинает обвинять Бога, судьбу, врачей, того, кого он считает виноватым в произошедшем.

Когда эта стадия завершается, человек теряет интерес к жизни. Его охватывает чувство отчаяния и полной без­надежности. Это стадия депрессии.

Но жажда жизни самая сильная из всех жажд чело­века. И тогда человек переходит к стадии торга. Чело­век готов обещать все, что угодно, в обмен на продление своей жизни. Многие обещают вести праведную жизнь, бросить пить и курить, резко измениться, только бы у них осталась жизнь.

И, наконец, наступает стадия принятия, внутреннего опустошения, люди смиряются с неизбежностью смерти и в душе человека воцаряется мир и покой. Человек стре­мится завершить свой земной путь, привести дела в поря­док и без страха и с умиротворением ждет конца.

Конечно, не все люди переживают описанные стадии именно так. И, тем не менее, переживание уходакак соб­ственного, так и другого человека, содержит в себе три основных этапа.

**Первый этап** при реакциях утраты — это эмоцио­нальный шок, оцепенение, окаменелость.

**Второй этап** — это тоска, плач, нару­шение сна, аппетита, внимания.

И, наконец, **третий этап** — стадия разрешения, при­нятие свершившегося, понимание того, что жизнь не за­кончилась, а продолжается.

В 1943 году вышла книга американского психиатра Эрика Линдеманна «Симптоматология и работа острого горя», ставшая классической работой, в которой было введе­но понятие — работа горя. Что бы не потерял человек, в первую минуту утраты он испытывает острую душевную боль. У него возникает нестерпимое болезненное переживание, которое мы называем горем. Смерть близкого человека — это тяже­лая душевная рана, и человек переживает это тяжелое чув­ство, испытывая скорбь. Работа печали заключается в том, чтобы психически оторваться от потерянного любимого че­ловека, теперь уже безвозвратно ушедшего, и научиться жить без него. Психическая энергия в этот момент направляется не на забывание человека, не на уничтожение памяти о нем, а на создание его образа и нахождение места этого образа среди других образов памяти человека.

**Первая фаза горя — это шок и оцепенение**: «Не может быть...» Вот такова первая реакция на весть о смерти близкого человека. Это состояние может длиться от нескольких секунд, до нескольких недель и в среднем заканчивается к 7-му, 9-му дню после потери. В этот момент человек очень напряжен, у него затрудненное дыхание, он хочет глубоко вздохнуть, но не может, вздох судорожный, теряется аппе­тит, человеку все равно, как он выглядит, возникает вя­лость, которая сменяется минутами суетливой активнос­ти. В сознании человека появляется ощущение невозмож­ности, нереальности происходящего, оглушённости, очень часто люди не помнят, что с ними происходило в этот пе­риод. Человек как бы выключается из настоящего, он су­ществует, но при этом время как будто течет мимо него.

**Следующий этап — фаза поиска. Он наступает на 5-й, 12-й день** после известия о смерти. В этот период челове­ку все время кажется, что умерший присутствует рядом. Такие видения обычны и естественны, но людей они пугают, они считают это признаками надвигающегося бе­зумия. Об ушедшем говорят в настоящем времени, а не в прошедшем. Человек почти реалистично переживает ощу­щение близкого рядом.

Эта фаза сменяется следующей фазой — **фазой ост­рого горя,** ее еще называют **фазой эмоционального взрыва.** Она длится до 6-7 недель с момента трагического собы­тия. Это период наиболее острых страданий, сильной ду­шевной боли. Появляются странные и пугающие мысли и чувства. Это ощущение бессмысленности, отчаяния, чув­ство одиночества, злость, страх, вина, тревога, беспомощ­ность. Человека душат слезы, рыдания, появляются боли в сердце, различные физические симптомы: стеснение в груди, ком в горле, нарушение сна, ощущение тяжести любого действия, чувство пустоты в желудке, укорочен­ное затрудненное дыхание, снижение или необычайное изменение аппетита и так далее. Человеку становится трудно сконцентрироваться на том, что он делает, многие дела не доводятся до конца. Порой возникает бессозна­тельное отождествление с умершим, которое проявляется в невольном подражании мимике, жестам, позам, каким-то высказываниям ушедшего.

После того как накал эмоций спадает, возникает ощу­щение депрессии, подавленность, пустота, начинается пере­живание утраты и начало примирения с неизбежным. На этой стадии возможны различные обострения имеющихся болезней, иногда проявляются те же самые симптомы, кото­рые были у умершего.

Следующий этап — это чувство растерянности и па­ники**,** человеку нужно изменить всю свою жизнь, найти новое место в жизни без любимого. И неизвестно, что де­лать дальше и как с этим справиться.

После этого этапа возникает острое чувство виныперед умершим, о том, что недодали, что не вовремя выз­вали врача, не дали лекарство, если б можно было все изменить, можно было бы сделать многое иначе.

Вслед за этой фазой наступает фаза агрессии и враж­дебностипо отношению к причине горя. Это может быть обида на умершего за то, что ушел и бросил, это гнев на врачей, которые не спасли, это гнев на тех людей или со­бытия, которые стали невольными причинами смерти близ­кого человека.

После этого начинается фаза пробуждения надежды,когда человек чувствует, что он продолжается, что он мо­жет, он в состоянии справиться со свалившимся на него горем и может жить дальше.

Потом наступает фаза остаточных толчков и реорга­низации.Жизнь входит в свою колею, восстанавливается сон и аппетит, переживания остаются, но они уже становят­ся фрагментарными. И эта фаза длится в течение года.

После этого наступает последний этап, когда человек утверждается в реальности,это шаг вперед в новую жизнь, жизнь, в которой нет человека, но осталась память о нем. И личность справляется со множеством новых задач, связан­ных с изменением материальных, социальных отношений.

Примерно через год работа горязавершается. Заклю­чительная фаза—фаза завершения. Во многих культу­рах годовщина смерти является последней датой. Поэто­му на траур отводится год, после этого человек должен вернуться в нормальное жизненное русло. Смысл и зада­чи работы, горязаключаются в том, чтобы образ умерше­го занял свое место в жизни человека. Он может быть символом доброты или символом тепла, как мама, и в то же время человек свободен от тягостных переживаний.

Перечисленные фазы характеризуют обычную, есте­ственную работу горя.Но иногда случается так, что ре­акция утраты затягивается, переходит вдепрессию. Ко­нечно, тяжелая утрата — это всегда печаль и отчаяние, но иногда эта работа горякак бы застывает на определен­ных фазах и становится чрезмерной.

Выделяют такие **«застревающие» реакции утраты.**

1 Чувство собственного бессилия, доводящее до отча­яния, и полное отрицание утраты. Описаны случаи, когда мать, потерявшая ребенка в море или на улице, не смиря­ется **с** утратой, ищет его, считает, что он жив. Хотя есть явные доказательства того, что ребенок погиб.

2 Тоска по умершему, которая занимает все мысли и чувства человека, и нет сил и возможностей заниматься обычными повседневными делами. Человек полностью поглощен тягостными воспоминаниями.

1. Избегание всего, что связано с умершим: воспоми­наний, вещей, общих знакомых, общих мест, всяческое из­бегание напоминания об умершем.
2. Самоотождествление с умершим: проявление не­которых черт характера и даже симптомов болезней, ко­торыми болел умерший.
3. Идеализация умершего.

6 Ночные кошмары в сочетании с изоляцией от об­щества.

К таким реакциям склонны люди, пережившие не­сколько утрат, те, у кого с умершими была сильная эмо­циональная связь или сложные отношения. Такие реак­ции возникают у людей одиноких, которые чувствуют сильную вину перед умершим, у людей, перенесших тя­желые утраты в раннем детстве, людей, которые полнос­тью сосредоточены на собственных переживаниях. Такая реакция характерна для родителей, потерявших ребенка, и тех, у кого близкий человек умер неожиданно либо «стыдной» болезнью, о которой нельзя говорить — само­убийство, СПИД и так далее. Особенно тяжело утрату пе­реживают пожилые вдовцы, не женившиеся повторно. С другой стороны, слишком ранний повторный брак также затягивает реакцию утраты и горевания.

В подобных ситуациях возникает так называемое ослож­ненное горе, во время которого могут появляться галлю­цинации, депрессия, а естественные проявления горя дос­тигают необычного пика интенсивности и как бы засты­вают во времени.

Выделяют несколько форм осложненного горя. А.Н. Моховиков описывает такие его формы: хроничес­кое горе, конфликтное, подавленное, неожиданное, отстав­ленное и отсутствующее горе.

**Хроническое горе.** При этой форме переживание но­сит постоянный характер и не снижается со временем. Тоска по человеку, которая со временем должна утихать, наоборот, нарастает. И даже малейшее напоминание об утрате вызывает импульсивные тягостные переживания: плач, тоску, мрачные мысли, апатию» депрессию.

**Конфликтное горе.** Один или несколько признаков горя искажаются, как правило, это чувства вины и гнева. Появ­ляется самообвинение: я виноват в том, что случилось.

Следующий вариант — **подавленное или маскирован­ное горе**. Внешнее проявление горя либо незначительно, либо полностью отсутствует. Но вместо этого появляют­ся жалобы на здоровье и признаки болезни, очень часто совпадающие с теми, которые были у умершего. Осозна­ние этого отсутствует. Человек как бы уходит в болезнь.

**Неожиданное горе**. Внезапность делает почти невозмож­ным принятие утраты, возникает чувство тревоги и именно в случае неожиданного горя очень часто встречается суици­дальное поведение среди выживших, оставшихся в живых.

**Отставленное горе.** Переживание горя откладывается на длительный период, сразу после потери возникают эмо­циональные проявления, но потом они как бы исчезают и человек не желает примиряться с потерей, не желает расста­ваться с дорогими вещами, все напоминает об ушедшем.

**Отсутствующее горе.** При этой форме отсутствуют какие-либо внешние проявления, как если бы утраты не было вообще. Человек либо полностью отрицает ее, либо находится в состоянии шока. Если это состояние про­длится, у человека наступает сильное эмоциональное рас­стройство, которое получило название посттравматичес­кого стрессового расстройства.

Для того чтобы **работа горя** протекала равномерно и была завершена, очень существенны ритуалы. Они нуж­ны скорбящим: похороны, поминки, поминовение, воспо­минание в памятные даты. Это нужно не умершим, это нужно живым, для того чтобы примириться с потерей, для того чтобы принять факт ухода человека из жизни.

Особая ситуация возникает, когда со смертью сталки­вается ребенок. Смерть предстает перед ним с двух сто­рон. С одной стороны, он является свидетелем факта смер­ти человека, и для многих детей это является очень силь­ной травмой, особенно если они были свидетелями наси­лия: убийства, самоубийства и так далее. Такие ситуации являются для детей очень травматичными, эту травму ре­бенок может пронести через всю жизнь. И второе, ребе­нок сам осознает, что он смертен. Впервые осознание смер­ти появляется у ребенка в возрасте приблизительно 3-х лет. Он может по несколько раз спрашивать у родите­лей, не умрут ли они. Ребенок старается избегать этого страха смерти, и столкновение со смертью приводит к осоз­нанию того, что «я тоже смертен». У ребенка могут появ­ляться тягостные переживания, связанные с подобными мыслями, а не только с утратой близкого человека. Боль­шую роль здесь играет поведение взрослых. Иногда взрос­лые, стараясь оградить ребенка от тягостных переживаний, не дают им попрощаться с пожилыми умершими членами семьи, не берут их похороны, и у ребенка разрывается связь событий: бабушка вчера была, а сегодня нет, кошечка вчера была, а сегодня ее нет. Неучастие в ритуалах не дает ребенку возможности примириться с утратой, порож­дает тягостные воспоминания. У ребенка рождаются фан­тазии, он пытается домыслить прерванный событийный ряд, и эти фантазии очень часто переходят лотом в ноч­ные кошмары. Для того чтобы избежать подобных ситу­аций, очень важна позиция взрослых. Чем больше взрос­лые сопереживают и разговаривают с ним о прошедшем, тем легче дети перерабатывают его и встраивают этот опыт в собственный жизненный опыт.

**Также особым случаем является переживание потери ребенка**. Особенно если ребенок умер внезапно, неожидан­но, реакция родителей, братьев и сестер бывает длительная и интенсивная. После смерти ребенка, оставшиеся в жи­вых испытывают сильнейший кризис переоценки ценнос­тей. Ни один ребенок не заслуживает смерти. Столкнув­шись с гибелью ребенка, родители чувствуют сильнейший внутренний протест, потерю смысла жизни, вину перед ушедшим ребенком, и пережившие это состояние, кото­рым каким-то образом удалось решить для себя вопросы смысла жизни, говорят о том, что их жизнь приобретает совершенно новый, глубокий смысл. Иногда родители, пы­таясь справиться с собственным горем, со своими гнету­щими переживаниями, не в состоянии оказать помощь де­тям. Так, некоторые ро­дители, потеряв ребенка в результате неизлечимого онко­логического или гематологического заболевания, находят в себе силы помогать родителям детей, которые больны таким же заболеванием, и переносят свой тяжелый опыт лечения и поддержки, таким образом, помогают другим людям, находят смысл жизни в служении другим.

Несмотря на то, что горе сопровождается острыми эмо­циями, горевать необходимо, и после смерти близкого че­ловека перед оставшимися встает задача завершить его дело на земле, выполнить определенные обязательства по отношению к умершему и продолжать свою жизнь, для того чтобы нести память об ушедшем человеке.

**Общая характеристика переживания детьми горя**

Большинство людей сталкиваются в детстве со смертью в виде мертвого насекомого, птицы или до­машних животных. Эти смерти, обычно не очень тяжелые для детей, дают возможность детям и их родителям вмес­те обсудить вопросы, касающиеся смерти, которые встают перед всеми детьми, даже если ребенок не говорит о них вслух. Вопросы ребенка могут быть такими: «Что такое смерть?», «Почему мы умираем?», «Умру ли я?», «Умрешь ли ты?», «Что случается после смерти?». Если не давать объяснений детям и не обсуждать с ними эти вопросы отк­рыто, они начинают пугать себя, чувствуя свою незащи­щенность и одиночество.

Дети не должны быть заслонены от процесса умирания близкого человека. Удаление ребенка от умирающего от­рицает его возможность продолжать быть близким ему и увеличивает шок, когда приходит смерть. Разделение процесса умирания с близким человеком может быть волную­щим и вознаграждающим опытом для обоих. Любимый ре­бенок может принести огромную поддержку умирающему человеку. Возможность разделить последние часы жизни с близким помогает детям узнать о смерти естественным образом.

Когда приходит смерть, детям нужно сказать правду сразу же, в ласковой и естественной форме, причем желательно, чтобы это сделали родители или кто-либо из близких. «Высылка» детей из семьи в ситуации горя или игнорирование их переживаний показывает неуважение к их чувствам и отрицает их право на печаль. Для ребенка быть «высланным» из семьи означает ужасное наказание и увеличивает уже возникшую душевную боль. Горе детей усугубляется страхом удаления от родителей. Потеря может казаться ребенку угрозой выживанию, а отсутствие родителя может провоцировать у маленьких детей силь­ную тревогу, поскольку без кого-то, кто удовлетворяет их физические и эмоциональные потребности, их жизнь будет в опасности. Детям необходимо убеждение в том, что они не останутся в одиночестве и что их нужды будут удовлетворены.

Конечно, ограниченный словарный запас детей может помешать откровенному обсуждению. Хотя дети часто ис­пытывают те же чувства, что и взрослые, их внешнее вы­ражение бывает более скрытым и непонятным. Детские за­щитные реакции на потерю могут раздражать и тревожить взрослых. Ребенок, например, может сказать что-нибудь вроде «Гав, гав, ты умер» или «Я все равно его не любил» или разразиться жутким смехом. Дети нередко не способ­ны поделиться своей реакцией на смерть при помощи слов. Иногда они легче выражают себя, рассказывая историю или изображая свои переживания в рисунках. Способ­ность поделиться своими чувствами с помощью рассказов или рисунков является важным способом для горюющего или находящегося в печали ребенка высвободить свои эмоции.

Детскому горю легко помешать. Иногда детям, напри­мер, стыдно плакать. Им мешает также неправильное ру­ководство взрослых, которые говорят: «Будь храбрым», «Будь мужчиной», «Будь хорошей спокойной девочкой» или «Не будь плаксой». Дети часто послушно следуют этим указаниям и подавляют свое горе в ущерб себе. Горе — это поведение, которому обучаются. Слова и действия взрослых учат ребенка, как принимать горе, так же как и другому жизненному опыту.

Детей всех возрастов надо поощрять участвовать в риту­алах, обычаях и любых формах траура, принятых в семье, если дети хотят этого сами. Это — возможность узнать о смерти, к тому же это время сближения семьи. Однако ни­когда не следует заставлять детей присоединяться к каким-то траурным процедурам помимо их воли.

Вина может быть особой проблемой для детей, переживающих потерю. Они могут воспринимать потерю очень личностно и обвинять себя за предшествовавшее пло­хое поведение или за свои амбивалентные чувства к умер­шему человеку. Потеря родителей всегда является сложной из-за амбивалентного отношения к ним ребенка. Посколь­ку воспитание детей часто связано с фрустрированием де­тей, естественно, что дети иногда выражают негативные чувства по отношению к родителям и даже желают им смерти. Если кто-либо из родителей умирает, ребенок мо­жет чувствовать вину и страх, что это он послужил причи­ной смерти. Это чувство вины могут смягчить понимающие взрослые, если убедят ребенка, что его вины здесь нет.

**Фазы детского горя**

Дж. Боулби, известный психиатр и специалист по пере­живанию утраты детьми, описывает три фазы детского го­ря, сходные с тремя фазами траура у взрослых. Первая фаза носит название фаза протеста, когда ребенок от­вергает и сопротивляется идее смерти и потери. Вторая фаза — фаза дезорганизации, в течение которой ребенок постепенно осознает, что потерянный близкий никогда не вернется. Третья фаза — фаза реорганизации, когда происходит процесс принятия потери и окончательное про­щание. В это время дети вновь возвращаются к жизни, хо­тя все еще расстраиваются при столкновении с чем-то, что им напоминает о горе. Дети горюют более короткое время, чем взрослые, если их горю не мешают.

Врач Дж.Е. Вильямс выделяетпять фаз детского горя, которые соответствуют пяти стадиям горя по Кюблер-Росс.

**Первая фаза** горя — фаза отрицания, или изоляции, **вторая фаза** — фаза гнева, причем, в отличие от взрос­лых, дети более открыто выражают гнев после утраты. Например, ребенок может неожиданно разгневаться на ос­тавшегося в живых родителя, сестру или брата или откры­то выразить враждебность умершему. **Третья фаза** — фа­за сделки, когда дети пытаются изменить реальность, например, обещая: «Я буду хорошим». **Четвертая фаза** — фаза депрессии, когда гнев детей обращается на самих себя. Во время траура дети, как и взрослые, могут пере­живать такие симптомы, как ночные кошмары или другие нарушения сна, потеря аппетита, физические боли или не­домогания. **Пятая фаза** — фаза разрешения, конечная фаза траура, наступает, когда ребенок окончательно при­нимает смерть.

В поведении горюющего ребенка могут появиться при­знаки регресса. После потери у детей могут возникать по­веденческие реакции, свойственные более раннему возрас­ту: энурез, сосание пальца, капризы, цепляние за взрос­лых. Такой регресс обычно явление временное. Разреше­ние со стороны взрослых на выражение горя предотвратит закрепление этих симптомов на длительное время.

**Непродуктивное горевание** у детей характеризуется яв­ным отрицанием, болезненными размышлениями о потере через месяцы после случившегося события, личностными изменениями. Если ребенок навязчиво занят фантазиями о воссоединении с умершим или через месяцы отказывается принять, что любимый человек действительно умер, это оз­начает, что он не смог успешно справиться с горем. Деп­рессию нужно воспринимать очень серьезно, когда дело касается детей. Симптомы депрессии у детей могут выра­жаться в отдалении, апатии, эпизодических желудочных или головных болях психосоматического характера, ноч­ных кошмарах, отказе от друзей в результате агрессивно­сти или ухода в себя.

Дети исцеляются намного быстрее, чем взрослые. Один открытый честный разговор с ребенком о смерти может по­мочь ему справиться со своим горем.

**Выражение «Дети быстро забывают»** часто можно услышать в семейных беседах. К этому высказыванию взрослые склонны прибегать тогда, когда боятся встре­титься с детьми, потерявшими близких, и поддержать их. Но в реальности детский опыт переживания горя практически в точности повторяет переживание горя взрослыми. Однако реакции детей проявляются иначе и часто отлича­ются от тех, которые ожидают от них взрослые. Поэтому, считая, что дети не переживают так сильно, как взрослые, мы исходим из нашего взрослого опыта. Мысль о том, что дети, потерявшие близких, испытывают точно такие же эмоциональные потрясения, как и мы, взрослые, приводит нас к беспомощности и неадекватности в отношениях с детьми и становится для нас тяжелой ношей.

**Другой важный фактор,** который препятствует конструк­тивному выражению детьми горя, — это смешение чувств и мыслей и неумение выразить их. Так как маленькие дети не в состоянии выразить свои чувства так, как это могут взрос­лые, мы думаем, что детям не свойственны такие же силь­ные чувства и мысли, какие характерны для нас.

Дети, потерявшие кого-либо из родных, испытывают сильные и зачастую новые для себя чувства; их пугает то, что они не могут объяснить свою реакцию на переживание горя, поэтому они нуждаются во взрослых, чтобы послед­ние помогли им разобраться в происходящем.

Весь мир становится ребенку чужим, когда он пережи­вает сильное горе из-за потери значимого для него челове­ка. Я-концепция рушится, и иногда это приводит к упад­ку сил. Необходима помощь взрослого, чтобы маленький человек вновь обрел почву под ногами, чтобы к нему вер­нулась вера в жизнь. Разрушенная Я-концепция нуждает­ся в восстановлении. Ребенку следует помочь, чтобы он четко осознал значение того, что случилось до и после пе­ренесенной им травмы, а что является новым, отличным от его прежней жизни. Образы прошлого и настоящего — это две части Я, и их необходимо объединить, восстановить целостность Я-концепции.

Как для взрослых, так и для детей горе является индиви­дуальным опытом, однако существует несколько общих для всех возрастных категорий выражений горя. То, как ребенок реагирует на случившуюся беду, объясняется не только его личностными особенностями, но и его возрастом. Само горе — длительный процесс, ребенок постепенно преодолевает его, развиваясь в психологическом и познавательном плане.

Вопреки представлениям некоторых людей, не сущест­вует никакого нижнего возрастного предела детского пере­живания горя. Для ребенка, который еще недостаточно владеет речью, но уже потерял кого-то из близких ему лю­дей, горе приобретает исключительно физический и эмо­циональный характер, становится опытом довербальным. Ребенок не может преодолеть свою беду, выговариваясь: у него нет ни своих, ни чужих слов. Совсем маленький ре­бенок, переживая горе, как бы отделяется от внешнего ми­ра. Физическое отсутствие значимой для ребенка лично­сти оставляет в нем психологическую пустоту. В старшем возрасте у ребенка появляются интеллектуальные ресурсы для понимания потери, но на эмоциональном уровне он часто изолирует себя от мира людей, что спустя некоторое время может стать чертой его характера. Психологически травмированные дети в дальнейшем всегда будут более чувствительны к разлуке, нежели другие.

**Возрастные особенности переживания горя**

Реакции на смерть различны в зависимости от возрас­та или стадии развития ребенка. Психолог Мария Нади описывает следующие особенности детских реакций на смерть в зависимости от периода развития.

1. **В возрасте от 3 до 6 лет** дети воспринимают смерть сродни сну или путешествию, «из которого можно про­снуться или вернуться». Постоянство смерти еще не осоз­нается. Дети этого возраста понимают и объясняют мир, учитывая мнения и действия окружающих их взрослых. Ребенок не в состоянии понять значение слов «смерть», «всегда» или «никогда больше не вернется». Ребенок будет искать умершего человека, но, в конце концов, откажется от своих попыток и смирится; он будет реагировать на ут­рату, становясь надоедливым и раздражительным, или — в более тяжелых случаях — замыкаться в себе. Наилучшей помощью травмированному ребенку будет та, когда любя­щий взрослый включится в его ситуацию и постепенно выстроит надежную эмоциональную связь с. ребенком, продолжая, таким образом, внезапно прервавшийся диалог. Этот новый контакт может стать впоследствии той прочной базой, благодаря которой ребенок будет в состоянии сам справиться с постигшим его несчастьем.

В раннем возрасте присутствие рядом матери и отца настолько важно для развития ребенка, что он, потеряв одного из родителей, испытывает как бы двойную утрату: оставшийся в живых родитель (мать или отец) из-за собственного личного горя в какой-то степени отстранен от ребенка эмоционально. Вместо утешения и поддержки мать или отец порой ругают ребенка и отвергают его, в то время как нормальные реакции ребенка на смерть близко­го выражаются в назойливости, плаксивости и капризах.

Ребенок 3—6 лет думает, что его мысли могут оказывать влияние на окружающий мир. Он живет в иллюзии своего всемогущества, и ему трудно отделить фантазии от реаль­ности. Ему, желающему, чтобы нечто случилось, представ­ляется, что это уже произошло. Для этого возраста харак­терно ощущение связи между способностью совершить нечто и наказанием.

Работая с дошкольником, переживающим горе, важно помнить, что он не понимает таких абстрактных слов, как «никогда», «всегда». Ребенок осознает только конкретные действия. «Если ты говоришь, что дедушка на небесах, то где эти небеса и как он туда попал?», «Если он смог уйти туда, то сможет и вернуться назад». Необходимо давать детям конкретные ответы, объяснить разницу между оди­ночеством и смертью.

1. **Младшие школьники (7—9 лет)** часто задумываются о смерти, потому что они уже понимают, что смерть неиз­бежна и окончательна. Они знают, что основные жизнен­ные обстоятельства изменить невозможно. Дети их наблю­дают и осмысливают, однако им еще далеко до того, что­бы управлять теми ситуациями, которые могут вызвать чувство тревоги и беспомощность. В этом возрасте дети по­нимают реальность смерти, но им трудно вообразить себе, что они или близкие им люди могут умереть.
2. **В поведении 10—12-летних детей** можно наблюдать фрагментарность. Это поведение следует рассматривать как психологическую защиту ребенка от состояния трево­ги и страдания. Для детского опыта характерно периодичес­кое чередование состояния грусти и развлечений, поэтому, чтобы минимизировать пугающие фантазии и сильные пе­реживания у детей, важно давать им точную и подробную информацию о смерти и разрешать им задавать вопросы. Знание конкретных фактов поможет восстановить детскую веру в жизнь. Дети впервые осознают неотвратимую при­роду смерти, однако их больше интересуют биологические ее аспекты. Одновременно они осознают социальное зна­чение смерти и потери.

4. **Мышление старших подростков** уже похоже на спо­соб мышления взрослых. Однако период переходного воз­раста — нелегкое время для переживания горя. Психоло­гические защитные механизмы ослаблены, подросток изу­чает себя: «Кто я?» Ему необходимы ролевые модели по­ведения взрослого, чтобы найти себя или отказаться от че­го-то в себе. Подростки могут регрессировать на более ран­ние представления о смерти, но обычно они заняты, как и взрослые, поисками смысла смерти.

Как правило, реакция горя у подростков похожа на ре­акцию взрослых и детей, но поскольку у подростков обыч­но наступает регресс при таком сильном стрессе, как поте­ря, их реакции могут быть больше похожи на детские. Су­ществуют специфические особенности горя подростков, влияющие на их реакции. Подростки в трауре могут зани­маться переписыванием реальности смерти в грезах, отри­цая или откладывая горе на потом. Другим осложняющим фактором может быть борьба подростка между независи­мостью и зависимостью, у него может развиться страх от­деления и независимости. Поскольку подростки часто стремятся быть более зрелыми или скрывают свои чувства лучше, чем дети, их переживания, связанные с потерей, могут быть похоронены заживо. Наконец, подростки уни­кальны в своем самосознании. Они могут быть больше за­няты своим поведением или одеждой, чем самой потерей: совершеннейшее средство отрицания, вызывающее смуще­ние или раздражение окружающих людей.

Потеря матери или отца в этот возрастной период часто бывает невыносимой. Некоторые подростки инкапсулиру­ют свое горе вместе, ведут внешне бурную жизнь. Ночные шатания по городу, эксперименты с наркотиками, нарушения закона — все это тоже способы вытеснения горя. Нередко у человека, переживающего утрату близкого, накапливается гнев, который вреден как ему самому, так и окружающим.

Суицидальные мысли, вероятно, являются примером саморазрушения, но они часто, выражают желание субъек­та вновь соединиться с умершим. Почти каждому, кто пе­режил ощутимую потерю близкого человека, приходят в голову мысли о самоубийстве. Взрослые редко задают де­тям вопросы о самоубийстве, подобные вопросы — табу для многих из нас. Когда мы осведомляемся о том, что именно более всего помогает преодолевать горе, некоторые дети и подростки отвечают, что по-настоящему давала им силу для продолжения жизни и борьбы с проблемами мысль о воз­можности прекращения своей собственной жизни.

**Контрольные вопросы:**

1. Фазы переживания детьми горя.
2. Возрастные особенности переживания детьми горя.
3. Причины возникновения чувства вины у детей в состоянии горя.

**Тема 5 Психологическая помощь в кризисных ситуациях**

1 Принципы психологической помощи

2 Сущность превентивного подхода

3 Программы кризисной интервенции

4 Психологическое просвещение

Психологическая помощь в кризисных и посткризис­ных ситуациях имеет свое отличие от «кабинетной» психо­логической помощи и поддержки. Отметим главные прин­ципы, которые лежат в основе разрабатываемых программ психологической помощи.

**Принцип нормализации.** Состояние после психической травмы требует от личности больших усилий, чтобы выйти на привычный уровень жизнедеятельности, так как человек склонен путать необычность своей реакции на травму с не­обычностью своего поведения, с необычностью его самого. Мысли и чувства человека в посттравматический период жизни могут быть болезненными и не понятными не толь­ко ему самому, родственникам и сослуживцам, но и спе­циалистам, если они не знакомы с такими психическими проявлениями. Для скорейшего выхода из состояния стресса человеку важно принять свое поведение как поведение нор­мальное. Если ему будет объяснено, что его реакция — это нормальное следствие перенесенного стресса, то он сможет активно участвовать в процессе восстановления, понимая при этом причины симптомов и их динамику.

**Принцип партнерства и повышения достоинства лич­ности.** Процесс «выздоровления» в эмоциональном отно­шении включает в себя повторные переживания, избега­ние, повышенную чувствительность и самообвинение. Учи­тывая это, терапевтические отношения должны строиться на взаимном доверии, совместном выборе стратегии пове­дения. Личность не должна чувствовать дополнительную опасность из-за того, что ее права ущемляются в таком важном для любого человека аспекте, как личностный рост и развитие. Человек после катастрофы, с опытом жестоко­го обращения, с униженным достоинством и чувством бессилия — это человек с пониженным чувством собственного Я. Уменьшение чувства собственного достоинства пропор­ционально выраженности виктимизации. Такое же бесси­лие могут чувствовать и те, кто остался живым после ка­тастрофы, но не подвергался жестокости и унижению. По­этому партнерство — это тот терапевтический союз, кото­рый приносит большую пользу для выздоровления.

**Принцип индивидуальности.** Каждый человек прохо­дит свой путь восстановления после перенесенного стрес­са. Индивидуальная реакция на стресс всегда сложнее об­щих правил и закономерностей, описанных в любом науч­ном тексте, где есть место «психологической реакции на стресс». Поэтому необходимо понимать и ценить инди­видуальные переживания, индивидуальный способ пост­травматической регуляции. Психолог обязан знать общую картину симптомов, представлять порядок высвобожде­ния, но вместе с тем он должен быть готов к особым про­явлениям и индивидуальному характеру переживаний пострадавшего.

Психологу следует помнить, что принцип индивидуаль­ности иногда противоречит принципу снятия уникально­сти переживания. Показывая, что переживания не уни­кальны и находятся в рамках общей симптоматики, мы не­вольно уравниваем пострадавшего с усредненной массой.

Таким образом, можно выделить три фундаментальных принципа психологической помощи человеку в состоянии кризиса: принцип нормализации, принцип партнерства и повышения достоинства личности и принцип индивидуаль­ности.

В работе с посттравматическими состояниями очень ва­жен междисциплинарный подход. Помощь может начи­наться с организации самопомощи, с проведения «кризис­ной интервенции», с борьбы за расширение прав постра­давших. Все методы психологической помощи можно раз­делить на четыре категории.

**Образовательная категория.** Пострадавшие могут иметь собственные ресурсы к восстановлению, которые они находят при помощи книг и статей, через знакомство с основными концепциями физиологии и психологии. Соз­дание информационного поля позволяет пострадавшим осознать, что их переживания и трудности не уникальны, нормальны в сложившейся ситуации, и это дает им воз­можность надеяться на то, что при обращении к специа­листу их страдания будут поняты, и они получат поддерж­ку и помощь.

**Принцип холизма.** Целостное отношение к здоровью. Целостное отношение предполагает необходимость и важ­ность задействования всех резервов человеческого орга­низма и личности, включая физическую активность, пра­вильное питание, духовное развитие, использование чувства юмора. Внимание ко всем сторонам человеческой личности позволяет активизировать такие способности к восстановлению человека, которые были скрыты даже от него самого. Человек заслуживает того, чтобы к нему от­носились как к единому целому.

**Социальная поддержка.** Для выхода человека из состо­яния посттравматического стресса большое значение имеет социальное окружение. На кого может человек рассчиты­вать в ситуации психологического расстройства, какие но­вые проблемы в отношениях возникли после травматичес­кого события в семье и на работе — все это следует учиты­вать при проведении кризисных мероприятий. Сюда сле­дует отнести наличие так называемой сети самопомощи, формирование поддержки со стороны общественных орга­низаций.

**Собственно психологическая помощь.** Психологиче­ская помощь включает в себя работу с проявлениями горя (группы поддержки взрослым и детям, переживающим го­ре), снятие фобических реакций посредством работы с травматическими образами и др. Осо­бое место в системе психологической помощи занимают специально созданные методы. Это «Психо­логический дебрифинг», применяемый в групповой форме сразу после кризисного события, а также «Психобиогра­фический дебрифинг», который может быть использован при индивидуальной работе с отсроченным сроком травматизации.

**Сущность стратегического подхода**

Стратегический, или превентивный, подход в психоте­рапии кризисных состояний имеет принципиальное отли­чие от традиционных подходов оказания психологической помощи. Принципы превентивного подхода**:** немедленная помощь; близость к месту события; установка на положи­тельные результаты; общий подход и единая команда; ис­пользование простых и действенных способов терапии.

Превентивный подход имеет следующие отличитель­ные черты: активная позиция психолога; сосредоточение на групповых методах психологической помощи («пальто-помощь»); отсутствие психофармакотерапевтических средств, а также госпитализации; значимость основных че­ловеческих потребностей; длительные занятия; рассмотре­ние психологических симптомов как нормальных реак­ций на ненормальные ситуации; взгляд на пострадав­ших не как на пациентов, а как на людей, имеющих дру­гие потребности.

При превентивном подходе следует учитывать: пострадавшие не признаются жертвами в обществе; часто наблюдается недостаток информации о самом событии и о том, как это событие переживается его участниками; не­редко пострадавшие злоупотребляют медикаментозными средствами; в трагических ситуациях отсутствует возмож­ность совершать ритуалы.

Психолог должен знать: характеристику события, вызвавшего психическую травму; личность пострадавшего (тип); структуру семьи; наличие ранее перенесенных трав­матических переживаний; есть ли поддержка на работе.

В практической своей части эти категории определяют позицию психолога при оказании психологической помо­щи. Принципом работы психолога после травматического события может служить стратегическая (превентивная) па­радигма в психотерапии. Ее главная отличительная осо­бенность — приверженность к активному подходу. Сиг­налом для оказания необходимой психологической помо­щи служит некий фрагмент действительности, который становится для человека кризисным событием. Как за ру­бежом, так и в нашей стране идет работа по составлению списков травматических событий. Психолог должен иметь списки таких событий. Приверженность к активной пози­ции предъявляет требования к месту проведения реабилита­ционных мероприятий: желательно оказывать помощь на месте события или, в крайнем случае, в привычной для пострадавших обстановке. Имеет значение и время оказа­ния помощи, так как установлено, что помощь является наи­более эффективной в течение 48 часов после события. Бо­лее приемлем групповой подход в оказании психологиче­ской помощи, особенно на первоначальном этапе.

**Отличительная особенность превентивного подхода в психотерапии,** используемого в кризисной психологии, состоит в том, что психолог работает с пострадавшим сра­зу после кризисного события. Возникновение невроза свя­зано с тем, что человек не нашел в себе мужества принять в когнитивную составляющую самосознания травмирую­щий его фрагмент действительности. Взращивание муже­ства быть вопреки травматическим событиям — страте­гическая цель работы кризисного психолога. Отсюда и подход к определению эффективности метода. Так, в наиболее распространенной технике, применяемой в кризисной психологии под назва­нием «Психологический дебрифинг», вся работа подводит­ся к этапу реадаптации, в котором выстраивается перспек­тива жизненного пути после события. Выстраивание свое­го пути является главным сигналом того, что проведенное взаимодействие, связанное с проработкой фактов, мыслей, чувств, симптомов, возникших в связи с событием, прошло успешно. Другими словами, в технике «Психологический дебрифинг» встроен диагностический критерий эффектив­ности работы самой этой техники.

Психологическая помощь в кризисной ситуации включа­ет метод кризисной интервенции (от позднелат. interventio — вмешательство).

**Кризисная интервенция** — это скорая психологическая помощь лицам, находящимся в состоянии кризиса. Затяжной, хронический кризис несет в себе угро­зу социальной дезадаптации, нервно-психического или пси­хосоматического страдания. Потребность в психологичес­кой помощи возрастает в ситуациях катастроф, стихийных бедствий и социальных потрясений, поскольку большое ко­личество людей, потерявших близких, жилье или работу, переживают состояние жизненного кризиса, отягощенного трагическими переживаниями.

**Психологический дебрифинг**

Психологический дебрифинг — это форма кризисной интервенции, особым образом организованное обсуждение в группах людей, совместно переживших стрессогенное, кризисное событие.

Цель группового обсуждения: минимизация психо­логических страданий.

Задачи дебрифинга:

- «проработка» негативных впечатлений, реакций и чувств;

- когнитивная организация переживаемого опыта: осо­знание травматического события, реакций и симптомов, его сопровождающих и им вызванных;

- снижение индивидуального и группового напряжения;

- уменьшение представлений об уникальности и патоло­гичности собственных чувств и реакций;

- нормализация состояния (самочувствия): появление возможности обсудить кризисную ситуацию и поделиться друг с другом своими переживаниями;

- мобилизация внутренних и внешних ресурсов и усиле­ние групповой поддержки, солидарности и понимания;

- подготовка к переживанию тех симптомов или реак­ций, которые могут возникнуть спустя несколько дней или недель;

- определение средств дальнейшей помощи в случае не­обходимости и информирование участников групповой дискуссии, куда и к кому можно обратиться в случае не­обходимости.

Условием применения классического психологического дебрифинга считается наличие пострадавших в результате кризисного события. Оптимальное время для проведения дебрифинга — не позднее 48 часов после события. Обсуж­дение может быть организовано и в более позднее время после события, но чем больше пройдет времени, тем более туманными будут воспоминания, и тем труднее будет про­ходить процесс отреагирования. Для воссоздания картины происшедших событий при большой временной дистанции могут быть использованы видеозаписи событий, если такие имеются.

Обстановка для проведения психологического дебри­финга должна быть удобной, желательно в изолированной комнате, где группа будет защищена от внешних вмеша­тельств, таких, например, как телефонные звонки, случай­ные посетители. Члены группы могут расположиться во­круг стола. Это предпочтительней, чем использование тра­диционной модели групповой терапии: расположенные по кругу стулья. Пустое пространство в центре круга непри­вычно для группы людей, тем более тех, кто пережил трав­матическое событие, поэтому может быть воспринято ими как несущий тревогу фактор.

При кризисной интервенции психолог является важней­шей частью этого процесса. **Квалификационные требова­ния к ведущему** отражают знание и опыт проведения груп­пового тренинга, умение работать с людьми, пережившими горе, страх, тревогу, психическую травму, т.е. знание симптоматики посттравматических стрессовых рас­стройств, готовность к интенсивному проявлению эмоций у членов группы, владение приемами эмпатийного слуша­ния. Руководит проведением психологического дебрифин­га один человек, имеющий ассистентов, ко-терапевтов — одного или двух. **Наличие ассистентов — обязательное условие** проведения психологического дебрифинга.

**Сердцевина дебрифинга** — фасилитирование группово­го обсуждения, которое включает говорение, слушание, принятие решений, обучение, следование повестке дня и доведение встречи до удовлетворительного для членов группы окончания. Исходя из этого в список умений ру­ководителя включаются его действия на всех этапах груп­пового обсуждения, знание закономерностей групповой динамики и использование их в терапевтических целях, фасилитация, контроль за перемещением членов группы внутри и вне комнаты, где идет дебрифинг, контроль за временем, индивидуальные контакты с теми, кто пережи­вает дистресс. Процесс дебрифинга должен быть записан, однако применение технических средств (аудио- и видео­запись) ограничено, так как на это требуется согласие всех членов группового обсуждения.

**Численность группы** для психологического дебрифинга варьируется вокруг цифры 15. Заметное увеличение коли­чества участников связано с необходимостью иметь допол­нительное число ко-терапевтов и особые условия для про­ведения дебрифинга: просторное помещение, чтобы люди могли осуществлять обсуждение одновременно в несколь­ких группах из 15 человек.

**Структура психологического дебрифинга включает 3 час­ти и 7 отчетливо выраженных фаз.**

**Часть I** — проработка основных чувств и измерение интенсивности стресса: 1) вводная фаза; 2) фаза фактов; 3) фаза мыслей; 4) фаза реагирования.

**Часть II** — детальное обсуждение симптомов и обеспе­чение чувства спокойствия и поддержки: 5) фаза симпто­мов; 6) подготовительная фаза.

**Часть III** — мобилизация ресурсов, обеспечение ин­формацией и формирование планов на будущее: 7) фаза реадаптации.

Все перечисленные фазы возможны и необходи­мы, так как участники группового обсуждения были сви­детелями или пострадавшими в результате одного чрезвы­чайного для них события.

Возобновление работы психологического дебрифинга может иметь место через две недели или даже два месяца.

**Аутодебрифинг**

Данный вид психологической помощи в кризисной ситу­ации можно определить как вид психологического дебри­финга, который имеет индивидуальный характер по обсуж­даемым событиям и групповой — по форме работы. Группа выступает в виде фона, а клиент со своим событием — в ви­де фигуры.

Инструкция, вводная часть, правила групповой работы, цели и задачи аутодебрифинга сходны с классическим вариантом. Принципиальное отличие данной процедуры от классического аутодебрифинга — отсутствие единого трав­мирующего события, все события — уникальны и индиви­дуальны. Отсюда и название данной психотерапевтической процедуры. Аутодебрифинг предполагает самоанализ, где группа выступает в роли фона и группового фасилитатора.

Например, ведущий дает следующую инструкцию: «Расскажите, пожалуйста, чем для вас является слово «Терроризм». Участники группово­го обсуждения последовательно описывают событие. В процессе обсуждения осуществляются все эта­пы классического дебрифинга: анализ фактов, мыслей, чувств, фазы реагирования, симптомов.

Процедура основана на анализе воспоминаний о собы­тиях или происшествиях, которые носили для человека в прошлом травматический характер. Упражнение выполня­ется в форме внутреннего диалога с последующим обсуж­дением в группе.

Процедура базируется на принципах ви­зуализации и левитации. Термин **«визуализация»** известен в практической психологии и означает вызывание специ­альными приемами зрительных, слуховых и обонятельных представлений о происшедших событиях. Процедура **левитации** позволяет мысленно переместиться на место события с воспроизвод­ством пространства, на фоне которого происходило данное событие.

**Последовательная схема внутреннего диалога (интро­спекция)** следующая:

1. характеристика события;
2. время, когда произошло данное событие;
3. место, где произошло данное событие;
4. левитация (мысленное перемещение на место события);
5. ваш возраст во время данного события;
6. внешний вид (особенности одежды);
7. окружение (природа, городские строения и т.д.);
8. погода и время года;
9. телесные ощущения во время события;
10. само событие (содержание);
11. ощущения во время события;
12. локализация ощущений во время события;
13. ваши переживания;
14. первые мысли о событии.

Последний пункт схемы внутреннего диалога в зависи­мости от индивидуальных особенностей личности клиентов распадается на два ряда в ходе последующего самоанализа.

**Первый ряд — образный**, который может иметь следующую последовательность: образ — метафора — рисунок — измене­ние рисунка**. Второй ряд — предметный**: нахождение пред­мета — цвет, форма, запах предмета — прикосновение к предмету — перемещение предмета — изменение предмета.

**Психобиографический дебрифинг**

Существует две парадигмы при анализе результатов любого исследования: детерминист­ский (объяснительный) и феноменологический (описатель­ный).

**«Психологическая автобиография» —** методика, которая позволяет анализировать индивидуальную биографию, мо­делировать субъективную реальность, соотнеся результаты диагностики не с самими по себе особенностями субъекта, а с особенностями отражения им определенных фрагмен­тов объективной реальности, с событиями его собственной жизни.

Опи­сание ситуации должно быть скорее субъективным, чем объективным, т.е. ситуация должна описываться скорее с позиции индивида, поведение которого исследуется, неже­ли с позиции наблюдателя. Феноменологическое описание субъективной реальности осуществляется как моделирова­ние того, какой видит субъект угрожающую ситуацию, что он ей приписывает и что в нее привносит, как ее отражает и искажает и, в конечном счете, чего именно боится.

Методический прием под названием «Психобиогра­фический дебрифинг» соединяет диагностику (психоло­гическая автобиография) и коррекцию (психологический дебрифинг).

Методика «Психобиографический дебрифинг» предпо­лагает два этапа.

**Этап** I — **диагностический**. На первом этапе испытуемо­му предлагается заполнить бланк с методикой «Психологи­ческая автобиография».

Данная методика была разработана для оценки ситуа­ционных особенностей жизненного пути личности. Это методика исследования переживаний, связанных с наибо­лее значимыми фактами жизненного пути. Методика поз­воляет получить сведения о важных событиях в жизни че­ловека (прошлых и будущих) и связанных с ними пережи­ваниях (грустных и радостных). Количество событий не ограничивается, дается количественная оценка каждому событию и указывается его примерная дата.

Основными параметрами интерпретации данных мето­дики являются следующие.

**Продуктивность восприятия образов жизненного пу­ти.** Определяется по количеству названных событий: чем больше называется событий, тем выше продуктивность ис­пытуемого. Продуктивность характеризует богатство пси­хологического времени, т. е. богатство и легкость актуали­зации образов прошлого и будущего, а также адекватность психического состояния и социальную адаптивность. Осо­бенно важный признак — наличие ответов о будущих со­бытиях, особенно грустных. Чем меньше таких ответов, тем больше беспокойство за будущее.

**Оценка событий.** Позволяет определить значимость для личности данного события по сравнению с другими.

**Степень влияния событий**. Называются главные со­бытия жизни, оказывающие значительное влияние на ее ход, предпочтение отдается высоким оценкам событий. Предлагается выделять события по степени влияния на ис­пытуемого: значительное влияние (4—5 баллов), умеренное (3 балла), малое (1—2 балла).

**Среднее время ретроспекции и антиципации собы­тий.** Для получения показателя среднего времени ретро­спекции следует суммировать время, прошедшее после каждого указанного факта, и разделить полученную сум­му на общее количество событий прошлого. Подобным же образом вычисляется среднее время антиципации (пред­восхищения) событий.

**Содержание событий**. Наиболее важным для психоло­га является качественный (содержательный) анализ собы­тий. Именно он дает возможность выявить, какие события жизненного пути переживаются (оцениваются) личностью как положительные, какие — как отрицательные, даже травмирующие. Характерной особенностью травмирован­ной личности является концентрация внимания на одном или нескольких взаимосвязанных событиях.

**Этап** II — **коррекционный**. После изучения особенно­стей жизненного пути испытуемого, в случаях выявления травмирующего события, целесообразно проведение бесе­ды-интервью с использованием методики «Психологи­ческий дебрифинг».

**Цель методики**: минимизация психологических стра­даний.

**Задачи методики:**

- снижение напряжения и нормализация состояния (са­мочувствия): появление возможности поделиться своими переживаниями;

- «проработка» впечатлений, чувств и реакций;

- когнитивная организация переживаемого опыта: осо­знание травматического события, симптомов и реакций, которые его сопровождали;

- мобилизация внутренних ресурсов.

Беседа-интервью с использованием методики «Психоло­гический дебрифинг» включает в себя следующие этапы: вводный, уточнения содержания и характера события, уточ­нения характера мыслей, восстановления чувств или реаги­рования, симптомов, информационный, завершающий.

**Вводный этап.** Проведение беседы-интервью на этом этапе ничем не отличается от начала любого консультатив­ного занятия. Первое, что необходимо сделать, — это доб­рожелательно встретить человека. Клиент, приходящий к психологу впервые, испытывает определенное чувство дис­комфорта и беспокойства, поэтому ему нужно дать время прийти в себя, освоиться, привыкнуть к новому помеще­нию, рассмотреть все, что заинтересовало. Этому может способствовать пауза около минуты.

Наиболее важные **правила** следующие.

1. Доброжелательное и безоценочное отношение к ис­пытуемому. Это умение выслушать, оказать необходимую психологическую поддержку, осуществить анализ пробле­мы без критических суждений, неконтролируемых эмоций, неуместных вопросов.
2. Ориентация на нормы и ценности клиента. Психо­лог во время своей работы должен ориентироваться не на социально принятые нормы и правила, а на те жизненные принципы и идеалы, которых придерживается испытуемый.
3. Испытуемым не рекомендуется давать советы. Советуя, консультант полностью берет на себя ответствен­ность за происходящее, что не способствует развитию лич­ности подопечного. Главная задача психолога состоит в том, чтобы локус жалобы в ходе консультации был пере­веден с других на себя. Только в этом случае человек ощу­тит ответственность за происходящее и постарается изме­ниться сам и изменить ситуацию, в противном случае он будет только ожидать помощи и совета со стороны окру­жающих.

4. Гарантия анонимности и конфиденциальности по­лучаемой информации. Любая информация, сообщенная психологу, не может быть передана без согласия испытуе­мого ни в какие общественные или государственные орга­низации, частным лицам, родственникам и друзьям. Суще­ствуют некоторые исключения (о которых сообщается за­ранее), специально оговоренные законом во многих стра­нах, в первую очередь информация, связанная с угрозой чьей-либо жизни.

**Позиция психолога по отношению к испытуемому** — по­зиция равенства. Ребенка необходимо называть по имени, не забывая сразу назвать себя. С подростками и старшеклассниками психологу важно вес­ти себя тактично, скорее как с взрослыми, причем внача­ле, как правило, обращаться к ним на «Вы». Взрослым це­лесообразно представляться так же, как представляется испытуемый: по имени или имени и отчеству.

**Этап уточнения содержания и характера собы­тия**. Психолог начинает беседу-интервью с вопросов, ко­торые позволяют выяснить, что произошло с клиентом: «Расскажите, что с вами произошло?», «Что бы вы могли рассказать о том, что видели?», «Попытайтесь описать про­изошедшее событие более детально», «Где вы были в это время?», «Кто рассказал вам о ...?». Клиент описывает со­бытие, пытается дать полную картину обсуждаемого фак­та, описать ее до мельчайших подробностей. Цель — адек­ватно увидеть ситуацию, имея полную картину фактов.

**Беседа-интервью с использованием методики** «Психоло­гический дебрифинг» предполагает определенную схему проведения, которой рекомендуется придерживаться. На этой фазе можно оговорить условие: «Постарайтесь не го­ворить о чувствах». Если человек начинает говорить, что он чувствует, начинает плакать, это неплохо, но нужно постараться вернуть его к рассказу о событии: «Вам очень тяжело, я это понимаю, но сейчас мы об этом говорить не будем, вернемся к чувствам позже».

**Этап уточнения характера мыслей, сопровож­дающих событие.** Предполагает фиксирование сужде­ний по поводу события. На этом этапе могут быть заданы вопросы: «Какими были ваши первые мысли?», «Когда вы узнали о случившемся событии?». Первые мысли, как пра­вило, отражают то, что впоследствии может составить основу тревоги. Цель данного этапа беседы — оживить воспоминания, активизировать мысли.

**Этап восстановления чувств** **или реагирования во время критического события.** Этот этап самый длинный. Вопросы могут быть сформулированы так: «Ка­кие чувства вы испытывали тогда? Расскажите о них», «Как вы себя чувствовали, когда произошло событие?». Некоторые люди легко говорят о чувствах и переживаниях (гиперактивные), другим тяжело говорить о них (гипоактивные).

В таких случаях психолог помогает актуализиро­вать чувства с помощью определенных приемов и техник:

1. **Техника альтернативных формулировок** (специаль­ная подсказка вариантов переживаний, которые могли бы возникнуть в обсуждаемой ситуации, с тем, чтобы стимули­ровать деятельность собеседника, дать ему пример для описания своих эмоций).
2. **Техника уточнения «глубины переживаний»,** помога­ющая точнее сформулировать свои переживания и чувства. Например, человек говорит о растерянности в ка­кой-либо ситуации. Психолог может задать вопрос: «А как вы ощущали свою растерянность?» — и переформулиро­вать сказанное: «Вы чувствовали себя растерянным, то есть у вас возникло чувство непонимания происходяще­го?» Использование подобных формулировок дает воз­можность постепенно углублять рассказ, переходить от по­верхностных к более глубоким переживаниям.
3. **Техника «парадоксальных вопросов»,** позволяющая пошатнуть «абсолютные истины». Перевести разговор в но­вую плоскость, поставить какое-либо высказывание под сомнение можно с помощью реплики «А почему бы и нет?».

Рефлексирование переживаний и чувств, как правило, наиболее информативная сторона беседы, так как чувства теснее всего связаны с подсознательными желаниями и влечениями, скрытыми в глубине души. В разговоре необ­ходимо обратить внимание на следующее:

- слова и выражения, которые консультируемый упо­требляет для описания чувств (например: «Я рассердил­ся...», « Я страдаю...»);

- невербальные реакции (мимика, жесты, интонация и т. д.), мало поддающиеся сознательному контролю.

**Этап симптомов, сопровождающих событие.** На данном этапе определяются симптомы (эмоциональные, когнитивные и физические), которые проявляются после завершения события. Можно задать следующие вопросы: «Как вы изменились после произошедшего события?», «Как это событие повлияло на вашу жизнь?». Следует уточнить, нарушен ли сон, с помощью вопросов: «Были ли у вас ночные кошмары после случившегося? А теперь?», «Какие сны вы видели? Расскажите». Нарушение сна яв­ляется первым признаком психической травмы. Нужно выяснить, трудно ли было вернуться к работе, учебе, привычному образу жизни: «Как вы реагировали на событие?», «Что для вас было самым ужасным из случив­шегося?».

**Информационный этап.** На этом этапе психолог со­общает клиенту, что обычно происходит с человеком в критической ситуации и что подобное поведение и симпто­мы — нормальная реакция организма на ненормальную си­туацию. Все это помогает снять «уникальность», ведь кон­сультируемый считает, что его ситуация исключительна и никто ничего подобного не переживал.

**Завершающий этап.** Происходит подведение итогов беседы (психолог, избегая прямых ответов, суждений, должен постараться минимизировать воздействие прошло­го и активизировать будущее), а также обсуждение вопро­сов, касающихся дальнейших отношений клиента и психо­лога. Затем следует прощание.

**Психологическое просвещение**

В Большом энциклопедическом словаре понятие «про­свещение» трактуется как: 1) распространение знаний, об­разования; 2) система общеобразовательных учреждений в стране.

Просвещение должно занять особое место в системе современной цивилизации. Основная функция просвеще­ния — расширение горизонтов сознания человека. Только просвещенный человек, лишенный предрассудков, опреде­ляющий себя в общечеловеческой культуре, способен на действительно свободные, самостоятельные и ответствен­ные поступки.

Социальные, экономические, бытовые трудности повы­шают у человека уровень невротизации, тревожности, уси­ливают интерес к мистицизму. Отсюда закономерно обра­щение людей за помощью к экстрасенсам, колдунам. Из­вестный немецкий психиатр К. Ясперс писал, что в обще­стве, лишенном надежды, всегда возникает потребность в иллюзии, что не только не освобождает человека от нега­тивных последствий травматизации, но и уводит его в иллюзорный мир.

Психологи­ческая образованность должна быть обязательной для каждого человека.

Психологическое просвещение — это особый вид, как просвещения, так и психологической помощи. По форме психологическое просвещение имеет косвенный характер, и его значение возрастает в случаях таких масштабных ка­тастроф. Пря­мая психологическая помощь, при всей ее эффективности, не будет иметь решающего значения из-за большого числа пострадавших и дефицита кадров, а также недостаточной готовности населения воспринимать психологическую по­мощь, не имеющую материального измерения.

Организация психологической помощи в кризисных ситу­ациях требует выполнения ряда предварительных условий.

1. Необходимо знать социально-демографические ха­рактеристики той группы населения, на которую направле­на активность специалистов.
2. Важно иметь представление о личностном развитии данной группы населения, которое во многом определяет степень сформированного запроса на психологическую помощь.
3. Важно знать, какие имеются в распоряжении мате­риальные и людские ресурсы.

Все эти переменные определяют направление и харак­тер психологической помощи.

Психологическое просвещение ориентировано на созда­ние условий для активного присвоения и использования человеком социально-психологических знаний в процессе жизнедеятельности. Результатом психологического просве­щения является присвоение людьми психологических зна­ний и навыков, которые должны помочь им успешно раз­виваться в различных сферах социальной жизни, преодо­левать трудности жизненного пути. Например, для школь­ников для достижения состояния психического здоровья большую роль играет способность справляться с психоло­гическим стрессом и устанавливать эффективные межлич­ностные отношения со сверстниками.

**Основные направления психологического просвещения:**

- знакомство с основными правилами и нормами, приня­тыми в данном сообществе;

- собственно психологическое просвещение как особый вид деятельности по передаче научно обоснованных пра­вил поведения человека в неординарных, кризисных ситу­ациях.

**Психологическое просвещение решает следующие задачи:**

- психотерапевтическое самообучение;

- формирование запроса на психологическую помощь.

Опосредованная психологическая помощь населению осуществляется посредством публикаций в СМИ, выпуска буклетов, через психологические практикумы для непро­фессионалов.

**Буклеты и психологические практикумы решают две за­дачи:**

1) осуществление непосредственной психологиче­ской помощи путем реализации программ самопомощи;

2) опосредованная психологическая помощь через форми­рование запроса на психологическую помощь — развитие рефлексивных процессов осознания и понимания себя.

Опосредованная психологическая помощь проходит три этапа:

- во-первых, осуществляется психотерапевтическое обу­чение основам аутодиагностики стрессогенных жизненных событий (дидактический этап);

- во-вторых, происходит анализ и оценка собственных эмоциональных переживаний: страха, раздражения, тре­вожности и т. д. (рефлексивный этап);

- в-третьих, совершается попытка изменить свои тре­вожные состояния, используя рефлексивный и оценочный этапы (терапевтический этап).

Задача формирования запроса на психологическую по­мощь реализуется на всех трех этапах, но уже на этапе рефлексии происходит самоанализ состояний.

**Структура буклета состоит из трех частей:**

**В первой части буклета** излагаются чувства и эмо­ции, которые обычно испытывают люди после травмати­ческого события: беспомощность, грусть, оцепенение, злость, страх, вина, усталость и истощенность, мускульное напряжение, сердцебиение и др.

**Во второй части** буклета перечисляются соматиче­ские ощущения, сопровождающие человека после трав­матического события: бессонница, ухудшение памяти и концентрации внимания, головокружение, головные боли, другие изменения в ощущениях и др.

**В третьей части** буклета приводятся состояния, кото­рые могут возникнуть после пережитого: оцепенение, ак­тивность, уединение и др.

В буклете перечисляются основные способы, позволя­ющие уменьшить негативное напряжение: нужно и чего не нужно делать.

Дается перечень условий, когда необходимо обратить­ся за профессиональной психологической помощью.

В буклете, по меньшей мере, дважды помещаются тек­сты, которые формируют позитивную установку по отно­шению к травматическому состоянию.

***Контрольные вопросы:***

1. Принципы психологической помощи.
2. Основные принципы превентивного подхода.
3. Категории психологической помощи в посттравматической ситуации.
4. Структура и содержание буклета.
5. Основные направления психологического просвещения.

**Тема 6 Основные способы выхода из кризиса**

1 Конструктивный выход из кризиса

2 Деструктивные способы выхода из кризиса

Кризис означает буквально разделение дорог, разде­ление жизненных путей. Всегда кризисное переживание включает в себя стресс и неопределенность, порождает на­пряженность и тревогу. Кризис обозначает потерю какой-то существовавшей жизненной формы, к которой человек привык, и появляется возможность вхождения в новую жизненную форму, еще не известную для человека.

Если мы имеем в виду возрастные кризисы, которые возникают на стыке двух возрастов, то они знаменуют собой завершение одного этапа развития и начало друго­го. Во время переходного периода происходит позитив­ное изменение личности, которая берет из прошлого опы­та то, что нужно для приобретения нового, и адаптируется в совершенно новой ситуации, которая требует развития новых свойств и черт.

Внутренний кризис может сопровождаться внешни­ми конфликтами, однако через преодоление конфликтно­го развития происходит овладение новыми средствами, появляется расширение возможностей, освоение новых сфер жизни. Если же новая потребность подавляется вне­шними социальными требованиями, то кризис может обо­стряться и затягиваться.

Для того чтобы определить, каким будет выход из кризиса — конструктивным или деструктивным, необхо­димо проанализировать кризисную ситуацию по следую­щей схеме:

1. Содержание кризиса, т.е. каким является кризис: кризис потери, возрастной кризис, биографический кризис, потери смысложизненных ценностей и т. д.
2. Отношение к кризису: направленность на разрешение кризиса;  
   отсутствие мотивации на самопомощь и поддержку  
   извне.

3 Продолжительность или время развития кризиса.

Состояние кризиса запускает, по мнению В.В. Столина, дальнейшую работу самосознания, происходящую в ин­теллектуальной и эмоциональной сферах, а разрешение конфликта представляет собой острую форму развития личности. Но, с другой стороны, кризис может явиться причиной невротических расстройств. Развитие челове­ка может быть рассмотрено как циклическое движение в границах проблема — ее разрешение.

Возникает затруднение, проблема, она влечет за собой дезорганизацию прежних способов деятельности, воз­никает напряжение, идет проверка старых способов раз­решения проблемы, если они не адаптивны — усиливает­ся напряжение, потом идет осознание проблемы, привле­чение внешних и внутренних ресурсов, и как результат:

- переформулирование проблемы и творческий выход из ситуации;

- невозможность разрешения ситуации доступными сред­ствами и последующая дезорганизация системы, уход от разрешения проблемы, или деструктивный выход.

**Проблема —** это осознание че­ловеком невозможности разрешить имеющиеся трудно­сти и противоречия,которые возникли в данной конк­ретной ситуации теми средствами, которые у него есть, с использованием знания и опыта, который человек на­копил к данному моменту. Поэтому возникает потреб­ность в знаниях и опыте со стороны, для того чтобы най­ти причину кризиса, найти точку опоры, силы и принять ситуацию такой, какая она есть.

Во время острой фазы кризиса происходит резкое выс­вобождение психической и физической энергии. Если ее не направить в конструктивное русло, то эта энергия бу­дет направлена на разрушение человека, а отсюда возни­кает алкоголизация, наркотизация, трудоголизм и т.д. Если же эту энергию направить на активный жиз­ненный стиль, то эмоциональное напряжение может быть преобразовано в активную деятельность, спорт, танцы, секс, и такое преобразование не нанесет урона развитию лич­ности, а наоборот, обогатит и преобразует личность.

**Ситуативно развивающийся кризис имеет три стадии:**

1) тревога, напряженность, состояние дискомфорта;

2) реакция на дискомфорт;

3) последействие кризиса.

Развивающийся кризис представляет собой перелом­ный момент, переход от состояния высокого напряжения, тревоги, даже паники к активному преодолению этого состояния, с одной стороны, и к выходу и достижению нужного результата — с другой. Успешное преодоление кризисов, превращаясь в систему, постепенно приводит к формированию определенных личностных качеств, воз­никновению особой жизненной идеологии человека, со­зданию своего рода сценария победителя. Аккумулируя удачный опыт выхода из кризисов, человек обучается жить, побеждая себя и побеждая обстоятельства. Во время кри­зиса происходит активное преодоление ситуации диском­форта, происходит характерный позитивный, даже радос­тный характер этой реакции победителя. Если же выход не найден, то затягивается депрессивное состояние, отме­чается негативное переживание и уход из ситуации, кото­рая порождает такие тягостные переживания.

**Конструктивный выход из кризиса** предполагает взлет творчества, креативности, оптимизацию всех основ­ных сфер жизни, повышается уровень профессионализма, усиливается личностная зрелость, повышается уровень рефлексии. Это сопровождается изменением в интересах, целях в жизни человека. Стабилизируются религиозные, экономические, социальные, политические интересы и ценности личности, более отчетливо человеку видно его движение по профессиональной линии.

Длительность кризисных переживаний, возможность конструктивного или деструктивного выхода из кризиса определяется в значительной мере типом совладения с кризисом и отношением личности к неблагоприятной жизненной ситуации. Особенности возрастных кризис­ных изменений зависят от индивидуальных особеннос­тей человека: темперамента, характера, предшествующего социального опыта.

Наиболее типичные варианты отно­шения человека к кризисам— это игнорирование кризи­са, преувеличивающее значение кризиса, демонстративное, волюнтаристское и продуктивное. К деструктивным жиз­ненным стратегиям относят агрессивность, конфликт­ность, уход в болезнь, редукцию, неадаптированность, ал­коголизм, наркоманию, суицид.

**На первом,** так называемом**, этапе кризисной поддержки**, необходимо человека выслушать. Человек может рассказывать о травмирующих его пережи­ваниях от 30—50 минут до нескольких часов. Особое внима­ние нужно уделить технике слушания, человека нужно слу­шать терпеливо, сочувственно, ни в коем случае не переби­вать, не критиковать, даже не выражать сочувствия, а давать понять, что вы внимательно слушаете: «да-да», «конечно», «а что дальше?», и «что ты будешь делать?», и «как ты к этому относишься?» Когда человек рассказывает о своих проблемах, отмечается снижение эмоционального напряже­ния, и может даже произойти эмоциональная разрядка.

Затем необходимо проговорить возможные вариан­ты выхода, поведения человека, т. е. выяснить, какую стра­тегию поведения в кризисе человек выберет.

**Следующий момент** — это проговорить и попробовать неизвестные ранее способы разрешения кризисной ситу­ации. При этом необходимо большое внимание уделять навыкам самоанализа и самонаблюдения. И обязательно наличие новых значимых людей для поддержки и помо­щи во время принятия плана выхода из кризисной ситу­ации. Человек в кризисе обладает ограниченными лич­ностными ресурсами, поэтому рядом с ним должен быть тот, кто либо уже пережил такой кризис и может поде­литься жизненным опытом, либо человек, который в силу профессиональных или личностных особенностей может оказать психологическую помощь и поддержку.

Большое значение имеет физическая активность че­ловека: можно заниматься спортом (бег, плавание), он по­зволяет снизить физическое напряжение и дает эмоцио­нальную разрядку. Очень хорошо использовать стихи и вообще текст, для структурирования проблем, можно предложить человеку описать свою проблему, выразить ее в стихах, в рисунке, каким-то образом ее структуриро­вать. Любое высказывание человеком своей проблемы по­зволяет ее упорядочить и осознать.

Очень мощным терапевтическим приемом оказания помощи человеку, оказавшемуся в кризисной ситуации, яв­ляется предоставление им помощи другим людям, оказав­шимся в еще более сложной ситуации, когда один кризис-пик помогает другому. Это позволяет переключиться с соб­ственных переживаний на переживания другого челове­ка. Как бы ни было тяжело наше моральное, физическое, финансовое, экономическое состояние, всегда рядом может оказаться тот, кому гораздо хуже и гораздо тяжелее. Ока­зывая помощь этим людям, мы сами выходим из личнос­тного кризиса. В результате этого появляется бесценный опыт, который извлекается из побед и поражений, и явля­ется базой для решения собственных проблем в будущем.

Когда возникает кризис при утрате какой-либо ценно­сти — смерть или разочарование, существуют два способа защиты: либо увеличивать свою «толстокожесть», либо включить творческие силы. Если человек выбирает пер­вый вариант и наращивает броню, то он держит оборону в борьбе с миром и окружающими, что приводит к тому, что человек либо черствеет и ожесточается, а внутри остается мягким и ранимым, либо при точном попадании в жиз­ненный центр может погибнуть.

Творческий подход выбирают люди с более тонкой орга­низацией и гибкой позицией, которые на обломках старо­го счастья могут начать новое строительство. Некоторые люди в качестве способа выхода из кризиса выбирают при­обретательство, т. е. извлечение из внешнего мира с помо­щью денег некоего внешнего предмета, который позволяет им этот кризис преодолеть. Для многих женщин это про­является в шопинге — когда они испытывают эмоциональ­ные затруднения, они начинают ходить по магазинам и скупать все подряд, нужное и ненужное, тем самым, рас­трачивая негативную энергию.

В ряде исследований было показано, что у юношей и девушек 18-20 лет существует три общих способа пре­одоления кризиса:

1) эффективное разрешение благодаря осознанию смыс­ла кризисной ситуации, использование конструктив­ных копинг-стратегий и внутренних ресурсов;

2) неэффективное разрешение кризисной ситуации из-за неспособности видеть смысл в ситуации и сильной сосредоточенности на эмоциональных переживаниях;

3) уход от разрешения кризисной ситуации, избегание связанных с ней негативных переживаний, перекла­дывание ответственности за преодоление ситуации на других людей.

Если человек овладевает ситуацией, то он действитель­но освобождается от проблемы, вызвавшей кризис, и про­живание этой проблемы делает его личностно более зре­лым, психологически адекватным и интегрированным.

**Общим признаком всех деструктивных стратегий** пре­одоления кризисов является фактическое нежелание чело­века и неспособность работать со своей проблемой. Человек не готов и не хочет принимать решения, не хочет брать на себя ответственность за них, боится последствий и поэтому ждет, что все как-нибудь устроится само собой. Однако по­степенно у человека накапливается негативный опыт не ре­шения своих проблем, и это приводит к еще более глубоко­му, затяжному и тяжелому личностному кризису, который может переходить в невротические состояния, невроз и иметь другие, более деструктивные последствия для личности.

**Конструктивное же преодоление личностных конф­ликтов и кризисов** предполагает принятие реальности, ана­лиз сложившейся ситуации, способность различать глав­ное и второстепенное, выделять составные части, возник­шие в проблеме, и решать ее поэтапно. В этом случае жизненный кризис является поворотным пунктом жиз­ненного пути личности, который приводит к новым вы­сотам развития человеческой личности.

Если же этого не происходит, то существуют так на­зываемые скрытые аварийные люки, или универсальныеспособы выхода из тупиков кризиса: бегство, убийство, самоубийство, поведение жертвы и сумасшествие. Факт существования одного из подобных выходов (осознанный или не осознанный) стабилизирует психику человека. В условиях психологического кризиса эти аварийные люки способны актуализироваться. Считается, что самоубийство как выход из тупиковой жизненной ситуации характер­но для зависимых, антисоциальных личностей, для тех, кто наиболее часто как форму адаптивного приспособле­ния использует алкоголизацию.

Таким образом, жизненный кризис представляет со­бой жизнь личности в ее высшей, актуальной форме, осоз­нание глубокого: противоречия внутри себя и выход из этого противоречия, который требует концентрации всех физических, психических, интеллектуальных и духовных сил человека. И такой выход приводит к новому витку в развитии человека.

**Деструктивные выходы из кризиса**

Термин суицид был впервые введен итальянским пси­хологом Г. Дэзэ в 1947 году и понимался им как «поведе­ние с намерением лишить себя жизни». Интерес к этой проблеме существовал всегда. Однако с каждым годом про­блема самоубийств приобретает все более глобальный ха­рактер, а суицидальные попытки все чаще становятся фор­мой поведения, к которой прибегает человек в той или иной кризисной ситуации. Так, в США несколько десятилетий назад суицид занимал 22-е место в списке причин смерти. Сейчас эта причина занимает 8-9 е место, а в некоторых штатах — 6-е. В конце XIX века Россия занимала после­днее место по уровню самоубийств среди европейских стран. В ней совершалось 3 самоубийства на 100 тысяч населения. В 1988 году— 19 на 100 тысяч населения, сегодня Россия и Белоруссия входят в число стран с очень высоким числом суицида.

В настоящее время развивается даже целое научное направление — суицидология, которая находится на сты­ке социологии, психологии, демографии, медицины, пси­хиатрии и пытается изучать причины, мотивы людей, со­вершающих такие действия, особенности их личности, фак­торы, препятствующие уходу из жизни.

Так, под суицидальным поведениемпонимают такой вариант поведе­ния личности, который характеризуется осознанным же­ланием покончить с собой.Где цель — смерть, мотив — разрешение или изменение психотравмирующей ситуа­ции путем добровольного ухода из жизни.

Суицид является способом разрешения накопивше­гося психологического кризиса.Конечно, кризис может возникнуть и внезапно, но гораздо чаще внутреннее на­пряжение накапливается постепенно, накладывается одно на другое, озабоченность переходит в тревогу, тревога сме­няется безнадежностью, и кризис личности оказывается настолько сильным, что весь предыдущий жизненный опыт не может подсказать человеку иного выхода из си­туации, которая стала для человека просто невыносимой.

Почти каждый, кто всерьез думает о самоубийстве, так или иначе дает понять окружающим о своем намерении. Самоубийство крайне редко возникает внезапно, импульсив­но, непредсказуемо или неизбежно. Как правило, это после­дняя капля в чаше постепенно ухудшающейся ситуации. Свыше 80% людей, совершающих суицид, предварительно дают знать о своем намерении другим людям, хотя способы сообщения при этом могут быть завуалированы. Это обычно происходит в форме разговора о жизни, о смерти, сообщение о своей никчемности, беспомощности, упомина­ние о смерти в картинах или литературных произведениях. Другая опасность кроется в неожиданном изменении пове­дения, так называемом терминальном поведении. При этом человек приводит свои дела в порядок, раздает свое имуще­ство, часто заявляя о печали и отчаянии, утрачивает интерес к окружающему, фиксирует интерес на способах самоубий­ства, дарит особо ценное имущество другим.

Чаще всего суициды совершают лица с высшим обра­зованием. Самые высокие риски — у врачей, среди кото­рых первое место занимают психиатры, моло­дежь, пожилые люди, сексуальные меньшинства, военнослужа­щие, ветераны войн и военных конфликтов и представите­ли некоторых других профессий.

**Личностные факторы суицидального риска**

Это повышенная напря­женность, стремление к эмоциональной близости, низкая способность к формированию психологических защитных механизмов, импульсивность, эмоциональная неустойчивость, повышенная внушаемость, бескомпромиссность и отсутствие жизненного опыта, наличие чувства вины, низкая самооценка и др.

Э. Шнейдман выделил 10 об­щих черт, характерных для всех самоубийц:

1. Общей целью для суицида является поиск решения.
2. Задачей суицида является прекращение сознания.
3. Стимулом суицида является невыносимая психичес­кая боль.
4. Общим стрессором при суициде являются фрустрированные психологические потребности.
5. Единой суицидальной эмоцией является беспомощ­ность, безнадежность.
6. Внутреннее отношение к суициду — это амбивалент­ность (двойственность).
7. Общим состоянием психики при суициде является су­жение когнитивной сферы.
8. Общим действием при суициде является бегство.

9 Общим коммуникативным действием при суициде яв­ляется сообщение о своем намерении.

1. Общей закономерностью является соответствие суи­цидального поведения общему стилю поведения в те­чение жизни.

Существуют личностные факторы, которые препят­ствуют суицидальному поведению.Это так называемые антисуицидальные факторы личности.

**Под антисуици­дальными факторами** личности понимают такие сфор­мированные положительные жизненные установки, жиз­ненные позиции, комплекс личностных особенностей че­ловека и такие душевные переживания, которые пре­пятствуют осуществлению суицидальных намерений.

К ним относятся глубокая эмоциональная привязан­ность к значимым родным и близким; выраженное чув­ство долга, обязательности; концентрация внимания на состоянии собственного здоровья, боязнь причинения себе физического ущерба; учет общественного мнения и избе­гание осуждения со стороны окружающих; представление о позорности самоубийства и неприятие суицидальных моделей поведения; убеждение о неиспользованных жиз­ненных возможностях; наличие творческих, жизненных, семейных и других планов и замыслов; наличие духов­ных, нравственных и эстетических критериев в мышле­нии; психологическая гибкость и адаптированность; уме­ние компенсировать негативные личные переживания, ис­пользовать собственные методы снятия психической напряжённости; наличие актуальных жизненных ценностей и целей; проявление интереса к жизни и др.

**Для того чтобы сформировать антисуицидальные уста­новки** у ребенка, необходимо постоянно общаться с ребен­ком, не оставлять его наедине со своими мыслями, вселять уверенность в свои силы и возможности, внушать оптимизм и надежду, проявлять сочувствие и понимание, окружать теплом и заботой, осуществлять контроль над поведением ребенка, анализировать его отношения со сверстниками. Чем большим количеством антисуицидальных жизнеутверж­дающих факторов обладает человек, в частности подросток, тем сильнее его психологическая защита и внутренняя уве­ренность в себе, тем прочнее его антисуицидальный барьер.

Существует такое понятие как **суицидальная угроза.** В обществе распространен миф о том, что те, кто говорит о самоубийстве, никогда его не совершат. Однако уже было доказано, что такое представление является опасным и ошибочным, наоборот, многие люди, которые пытались по­кончить с собой, говорили об этом, раскрывали свои наме­рения, и вначале их угрозы были бессознательным при­зывом о помощи, защите и вмешательстве. И если не на­ходился никто, кто действительно мог заинтересованно помочь, то человек выбирал время и способ самоубийства.

**Личность самоубийцы**

Существуют люди, которые являются суицидальны­ми личностями, но этого не признает их семья, друзья или сталкивающиеся с ними профессионалы. Эти люди часто медленно убивают себя, не осознавая своих леталь­ных намерений. Лица, к которым относят это утвержде­ние, отрицали бы то, что их действия направлены на са­моразрушение. Однако характерным местом, где стоит искать замаскированное убийство, является проезжая часть дороги. Машина является идеальным инструмен­том самоуничтожения.

**Автоцидом** называют самоубий­ство, замаскированное под автокатастрофу, ДТП.

Среди суицидентов различают две категории: это люди с низким уровнем социализации и люди с достаточно высоким уровнем социализации.

Для лиц с низким уровнем социализации характерна социально-психологическая дезадаптация. Они не приспособлены к требованиям обшества, что проявляется в неумении и нежелании строить свое поведение в соответ­ствии с социальными нормами. Их социальный статус, как правило, невысок. Суицид является последним шан­сом в ряду других форм отклоняющегося поведения, свойственных этой группе лиц. Психологический кризис, ко­торый предшествует суициду, у таких людей проявляется ситуационными реакциями оппозиции, человек нередко кончает с собой на высоте злобной, агрессивной реакции. Суициденты этой категории составляют основной контин­гент лиц, совершающих самоубийство с отклонением в агрессивной ориентации.

Люди с высоким уровнем социализации достигли вы­сокого социального статуса, однако они переживают слож­ный жизненный конфликт, для решения которого их жиз­ненного опыта оказалось недостаточно.

Ассистированным суицидом называют самоубийство, осуществленное с чьей-либо помощью. Синонимом ассистированного суицида выступает эвтаназия — доброволь­ный уход из жизни с помощью врача или других людей. В обществе развернулась широкая дискуссия об этичнос­ти применения эвтаназии.

**Групповым суицидом** называют одновременное осу­ществление суицидальных действий группой лиц, объе­диненных какими-либо идеологическими представлени­ями: религиозными верованиями, идеологической плат­формой молодежных группировок. Как правило, часто является следствием реакции группирования, характер­ной для подросткового возраста. Синонимом является ин­дуцированный суицид.

**Импульсивным суицидальным** поведением называ­ют неожиданное для окружающих, внезапное осуществ­ление суицидальных действий, которые носят мгновен­ный характер. Наиболее часто возникновению суицидоо-пасных импульсных мотивов способствует алкогольное или наркотическое опьянение.

**Индуцированный** суицид — суицидальные действия, совершенные вследствие психологического воздействия, направленного на суицидента значимым лицом, или рас­пространения социальных стереотипов: национальных особенностей, религиозных представлений. Синонимом яв­ляется кластерное убийство.

**Институциональный** суицид — это суицидальное действие, обусловленное социальными нормами, это жертвеннические, ритуальные самоубийства на религиоз­ной почве или согласно принятым в обществе нормам поведения.

**Кластерными самоубийствами** называют резкое уча­щение осуществления суицидальных действий, обусловленных частыми, сообщениями в средствах массовой ин­формации о самоубийствах и других формах суицидаль­ного поведения. Наиболее характерно для сюжетов в ки­нофильмах, телепередачах. Также причиной может быть убийство харизматической одиозной личности, что вос­принимается людьми, обычно подростками, как возмож­ная модель решения психокризисной ситуации.

**Расширенным суицидом** называют суицидальные дей­ствия, совершаемые группой людей по предварительному сговору. Наиболее это характерно для религиозных сект, декларирующих самоубийство как один из важнейших элементов верования.

**Рациональным суицидом** называют самоубийство, со­вершенное психически здоровым человеком, который на­ходится в состоянии неизлечимого тяжелого заболевания.

**Ритуальным суицидом** называется самоубийство на религиозной почве, совершенное под воздействием опре­деленного религиозного ритуала, чаще всего как его куль­минация.

**Альтруистический суицид** — убийство, совершенное во благо, в интересах каких-либо людей или идей. К это­му типу относится:

- самоубийство лица, считающего себя обузой для ок­ружающих— преклонный возраст, тяжелое забо­левание;

- самоубийство вслед за кем-то, т. е. добровольное са­мопожертвование жизнью после смерти любимого че­ловека или социально-значимого лица — царь, вождь племени, характерно для древних цивилизаций;

- самоубийство по религиозным или иным социально принятым, социально одобряемым убеждениям.

Серийное подражательное самоубийство — феномен Вертера.

**Аномический суицид** — самоубийство как реакция протеста на экзистенциальный кризис (экономический, политический, семейный, межличностный, внутриличностный) при резком разрушении образа жизни, образа себя или внутриличностной картины мира.

**Эгоистический суицид** — самоубийство как способ са­моизбавления, ухода от решения каких-либо проблем.

**Фаталистический суицид** — самоубийство как след­ствие сверх контроля или чрезмерного регулирования.

**Двойной или парный суицид** — одновременное или последовательное с минимальной разницей во времени самоубийство двух, обычно близких людей на основе суи­цидального договора.

**Фокальным суицидом** называют такие агрессивные действия, направленные на самого себя, целью которых не является добровольная смерть, однако, осуществление которых ставит жизнь под угрозу.

Набор личностных черт, препятствующих формиро­ванию суицидальной активности или обесценивающих ее значение как способ разрешения психотравмирующей ситуации, называется **антисуицидальным барьером.**

Существуют индивидуальные факторы, способствующие формированию суицидального поведения. Они подразделя­ются на преддиспозиционные, статусные и интенционные.

**Преддиспозиционные факторы** — это сниженная то­лерантность к эмоциональным нагрузкам, максимализм суждений и их незрелость, дефектность прогнозирования, неблагополучие в коммуникации, неадекватность само­оценки, психологическая уязвимость.

**Позиционные** — дезадаптивная позиция, пассивно-оборонительный характер поведения человека.

**Статусные** — особенности психического состояния человека.

**Алкоголизм как деструктивный выход из кризиса**

Состояние психологического кризиса требует реше­ния возникшей тяжелой проблемы. Поскольку во время кризиса возникает сильное эмоциональное напряжение, которое является дискомфортным для человека, возни­кает острая потребность снижения дискомфортного со­стояния, снижения стресса. Временно уменьшить эмоци­ональное напряжение позволяет принятие алкогольных напитков. Со временем такой способ может стать при­вычным средством снятия стресса. Постепенно для дос­тижения желанного результата требуются все большие и большие дозы. Увеличение количества алкоголя и часто­ты его приема приводит к типичным расстройствам: мыш­ление становится ограниченным, изменяются физические реакции, они становятся более замедленными, портятся отношения с людьми. Новые проблемы становятся более серьезными, чем те, ради избавления от которых потре­бовался алкоголь. Начинает формироваться алкоголизм как особое психическое состояние человека.

**В формировании психического состояния алкоголиз­ма** выделяют три стадии:

1) в разрушение антиалкогольных барьеров;

* 1. формирование личности алкогольного типа;
  2. оскудение и деградация личности.

Характер этих стадий можно проследить по динамике изменения сферы потребностей, эмоций, характера деятель­ности человека, систематически употребляющего алкоголь.

Первая стадия — все, что в психике человека пре­пятствует употреблению алкоголя, можно разделить на две сферы. Это:

1 Осознанные и значимые для человека запреты со сто­роны окружающих людей. Начиная употреблять алкоголь, человек более или менее осознанно пере­ступает через эти запреты, что возможно, если раз­рушаются основания, делающие эти запреты значи­мыми. Поэтому систематическому употреблению спиртного должна предшествовать определенная внут­ренняя борьба между алкогольным соблазном и су­ществующим запретом.

2 Интересы, потребности, привычки, которые объек­тивно, помимо воли и сознания человека противодей­ствуют притягательному употреблению алкоголя. Ког­да антиалкогольные барьеры разрушены, человек по­падает под власть давления микросреды, поощряю­щей употребление алкогольных напитков, и оказы­вается устойчивым к воздействию антиалкогольных факторов. С этого момента прогрессирование алкого­лизма определяется интенсивностью влияния микро­среды, употребляющей спиртное, и специфической осо­бенностью организма, индивидуальной устойчивостью к токсическому воздействию спирта.

Вторая стадия начинается, когда антиалкогольные барьеры рухнули. Открывается путь к формированию лич­ности алкогольного типа. Человек проходит этот путь по­степенно. Начинается все с постоянной и все усиливаю­щейся потребности в алкоголе, вернее, в вызываемом ал­коголем специфическом состоянии алкогольной эйфории. Поскольку общество и окружение человека в той или иной мере осуждают чрезмерное употребление алкоголя, то у систематически употребляющего алкоголь формируются особые, активно функционирующие защитные механизмы, оправдывающие саму эту потребность и направляемую ею деятельность — добывание и прием спиртного. Кроме того, многие пьющие сами понимают, какой вред они наносят себе и окружающим. Все это побуждает их к активному оправдыванию собственного поведения и появляется но­вый (алкогольный) тип личности.

**Алкогольный тип личности** формируется под воздей­ствием алкоголя, изменяются потребности, эмоции, харак­тер деятельности. К механизмам защиты, самооправдания относятся проалкогольные установки и взгляды, представ­ления и в известной степени активная пропаганда их среди окружающих самими пьющими. По существу, давление на непьющего микросреды, поощряющей употребление спирт­ного, определяется не только фактором группового воздей­ствия — делай, как все, — но и пропагандой пьющими сво­их взглядов и представлением достоинств, которых лише­ны непьющие. Наблюдается вера в пользу спиртного как средства, помогающего при стрессе, убежденность в том, что в некоторых ситуациях не выпить нельзя, а круг таких ситуаций постоянно расширяется, пока не охватит практи­чески все сферы жизни. Алкогольное поведение объясняет­ся не своим стремлением к спиртному, а внешними факто­рами (нельзя было отказаться, надо было выпить, ситуа­ция так сложилась), различение людей, находящихся в со­стоянии алкогольного опьянения на пьяных и выпивших, причем пьяные хотя и осуждаются за перебор, но являют­ся предметом сочувствия, а выпившие отнюдь не осужда­ются, а даже могут быть предметом зависти. Все это прояв­ления, свойственные личности алкогольного типа. В целом такую личность характеризует снисходительное отношение ко всему, связанному с алкоголем, одобрительное отноше­ние к его употреблению.

Многочисленные исследования личности алкоголиков показывают, что большинство из них эмоционально не­зрелы, зависимы от других и пассивны. Из-за низкого по­рога тревожности они постоянно испытывают потребность в уменьшении тревожности.

**На первой стадии развития алкоголизма** в состоянии трезвости каких-либо изменений в сфере эмоций не происхо­дит. В состоянии опьянения происходит активное усиление положительных эмоций и торможение отрицательных.

**На второй стадии** вне алкогольного опьянения поло­жительные эмоции ослаблены, а отрицательные — усиле­ны. В состоянии опьянения происходит активация поло­жительных эмоций и торможение отрицательных, т. е. наблюдается картина, сходная с состоянием опьянения на первой стадии. На данной стадии состояние вне опьяне­ния ощущается как тягостное, вследствие не только по­стоянного влечения к спиртному, но также ослабления положительных и усиления отрицательных эмоций.

**На третьей стадии** в состоянии вне опьянения поло­жительные эмоции полностью угнетены, а отрицательные — резко усилены. В состоянии опьянения происходит ослабление отрицательных эмоций, но в некоторых случаях и их усиление. Положительные эмоции угнетены даже в состоянии опьянения.

Медики разделяют злоупотребление алкоголя на бы­товое пьянство и алкоголизм.

Для бытового пьянства характерно чрезмерное упот­ребление спиртных напитков в определенных ситуациях с разной частотой и в разных количествах. При этом у че­ловека отсутствует тяга к алкоголю, поиски поводов для выпивки и основные признаки алкоголизма.

Алкоголизм — это качественно иное состояние психи­ки, алкоголик не только не может самостоятельно пре­кратить употреблять спиртное, но и не может произволь­но контролировать его количество. В его организме про­исходят такие изменения, что при воздержании какое-то время от алкоголя организм начинает бунтовать, требуя продолжения приема, так называемый абстинентный син­дром. Первыми признаками начала алкоголизма являют­ся следующие.

**Первый симптом —** тяга к спиртному. **Второй симптом —** изменение критического отноше­ния к состоянию в алкогольном опьянении.

**Третий симптом —** симптом утраты количественно­го контроля, **—** когда для выпивающего очевидны трудность или невозможность остановиться на определенных дозах выпитого, необходимость пить до тех пор, пока не закончится спиртное.

При этом перед выпивкой человек может обещать, что не будет напиваться, но после первых же доз теряет контроль над своим поведением и забывает обо всех обещаниях. Количественный контроль в широком смыс­ле — это представление человека о допустимых дозах спир­тного, которое он может себе позволить.

**Следующий признак** начинающегося алкоголизма — это утрата защитного рвотного рефлекса. При приня­тии чрезмерных доз спиртного организм, защищаясь, ис­торгает яд в виде рвотной реакции. Пока этот механизм действует, он ограждает организм от токсического аген­та, способного принести ему вред. Но чем чаще человек напивается до рвоты, тем быстрее этот механизм ломает­ся, организм перестраивается, по-иному реагируя на ал­коголь, и даже после принятия громадных доз алкоголя не наступает рвотная реакция.

**Пятый признак** — это увеличение толерантности. **Толерантность —** это способность человека переносить определенные дозы спиртного.Чем дольше и чаще че­ловек употребляет спиртное, тем больше он может вы­пить и тем большее количество алкоголя требуется для достижения состояния эйфории. Такое изменение и на­зывается толерантностью.

**Симптомом алкоголизма является изменение фор­мы употребления алкоголя** — это систематический прием вместо эпизодических, несистематизированных приемов. Прием алкоголя становится регулярным.

У обычного, здорового человека, который накануне вы­пил лишнего, утором возникает отвращение к спиртному, даже его запах может вызывать позыв к рвоте. Таким образом, организм защищается от продолжения употреб­ления алкоголя. Утреннее отвращение к спиртному — это такая же защитная реакция организма, как рвотный реф­лекс. У алкоголика эта защитная функция утрачивает­ся. После принятия некоторых доз алкоголя исчезает его успокаивающее действие и наблюдается появление акти­вирующего, стимулирующего эффекта. Появляется утри­рованное проявление черт характера в опьянении.

Наконец, **самый важный синдром**, который появляет­ся на первой стадии алкоголизма — это синдром психи­ческой зависимости. Он включает два симптома: психи­ческое влечение к алкоголю и способность ощущать пси­хологический комфорт только в состоянии опьянения. Человек в этом состоянии активно ищет выпивку, приду­мывает массу уловок, не пропускает ни одной возможно­сти, а если выпить не удалось, это вызывает недовольство, чувство неудовлетворенности, плохое настроение, и все это в целом называется психическим дискомфортом. Стре­мясь избавиться от этого дискомфорта, человек еще более активно и настойчиво ищет возможности выпить. Обра­зуется порочный круг, начинает активно формироваться алкогольная зависимость.

К сожалению, многочисленные медицинские програм­мы, направленные на детоксикацию, т.е. вывод ядов из организма и обрыв запоев, показывают низкую эффек­тивность в отказе алкоголика от злоупотребления спирт­ным. Наиболее эффективным методом прекращения зло­употребления алкоголем является распространенное во всем мире движение «АА» — Анонимные Алкоголики, опирающееся на программу «12 шагов». Считается, что программа Анонимных Алкоголиков затрагивает самую сердцевину проблем алкоголиков — страх перед собой. Основная задача этого движения — помочь людям в преодолении алкогольной зависимости. Основу программы составляет прохождение 12 шагов или 12 ступеней. Принципы работы данной программы позволяют работать не только с алкоголиками, но и с ближайшим окружением – жёнами, детьми, родственниками, друзьями.

***Контрольные вопросы:***

1 Охарактеризуйте основные способы выхода из кризиса.

2 Назовите три стадии развивающегося кризиса.

3 Дайте общую характеристику конструктивного выхода из кризиса.

4 Раскройте понятие «личность самоубийцы».

5 Охарактеризуйте три стадии в формировании психического состояния алкоголизма.

**2 Практический раздел**

* 1. **Практические занятия**

**Занятие 1 Психологический анализ горя**

1.1 Памятка «Когда следует обратиться к психологу в ситуации горя»

1.2 Методики диагностики

**Памятка «Когда следует обратиться к психологу в ситуации горя»**

**Задание:** составить памятку для работы с клиентами в ситуации горя, используя приведённую ниже дополнительную информацию.

**Цель –** помочь клиенту восстановить силы, пережить горе, преодолеть внезапно пришедшую усталость от жизни.

Например, памятка может состоять из четырех частей:

**-** часть 1. «У вашего горя есть начало, есть цель и есть окон­чание»;

- часть 2. «Вы отвечаете за свою жизнь даже тогда, когда ее посетило горе»;

- часть 3. «Просить о помощи — это не всегда свидетельство слабости»;

- часть 4. «Процесс выздоровления не всегда можно уско­рить — не торопите события».

**При составлении памятки используйте следующий материал:**

Признаки искажённого (патологического) горя:

- Настойчивые мысли о самоубийстве.

- Вы начинаете обдумывать способ и условия реализации этих мыслей.

- Вы избегаете друзей и семью, не в состоянии обеспечить себя самым необходимым.

- Вы постоянно отрицаете потерю (ут­рату), не хотите даже себе признать­ся в случившемся и спустя несколько месяцев после трагического события.

- Вы злоупотребляете алкоголем, сно­творными, транквилизаторами, недо­едаете или хватаете куски еды на лету.

- Вы ощущаете постоянное беспокой­ство, упадок сил, галлюцинации, что свидетельствует об эмоциональ­ном срыве и др.

Признаки здорового горя:

- Появляются мысли о самоубий­стве, но они быстро проходят.

- Вы охотно принимаете заботу других людей.

- Вы приняли утрату, вы чувствуете, что случилось не­поправимое, у вас различные реакции на горе: злость, деп­рессия, уныние.

- Ваше употребление алкоголя, снотворных и т.д. не превыша­ет обычной нормы, хотя у вас и появляется желание прибегнуть к ним, чтобы забыться на время.

- Вы с тоской ощущаете свое по­ложение, но это не мешает вам выполнять свои обязанности на работе и дома.

- Вы устаете боль­ше обычного, но сон восстанав­ливает ваши силы.

Помните, если вы еще сомневаетесь, обращаться к психологу или нет, то обращайтесь! Придя к психологу, не стесняйтесь спросить, при­ходилось ли ему работать с горем. Через одну две сессии вы поймете, поможет ли вам именно этот человек. Если вы не чувствуете взаимопонимания, обратитесь к другому психологу.

Обсуждение работы в группе.

**Источник:** Пергаменщик, Л.А. Кризисная психология / Л.А. Пергаменщик – Минск, Белорусский государственный университет имени Максима Танка. – 2001. – 60 с.

**1.2 Методики диагностики**

**Методика «Уровень субъективного контроля» (УСК)**

**Автор:** опросник разработан на основе «Шкалы локуса контроля» Дж. Роттера (1960, 1962 г.г.), адаптирован и опубликован Е.Ф. Бажиным, Е.А. Голынкиной и А.М. Эткиндом в 1984 году.

**Цель:**  предназначен для диагностики уровня субъективного контроля (интернальности – экстернальности) как поведенческого компонента самосознания.

**Возраст:** можно использовать, начиная с юношеского возраста.

**Описание методики:** методика разработана в рамках типологического подхода к изучению личности. В основе её лежит концепция локуса контроля Дж. Роттера, сложившаяся в 60-х годах 20 века в США. В соответствии с ней локус контроля представляет собой степень независимости, самостоятельности и активности человека в достижении своих целей, развитие личностной ответственности за происходящие с ним события. «Локус» – это место, расположение.

«Шкала локуса контроля» Дж. Роттера основана на двух положениях:

1. Люди различаются между собой по тому, как они и где локализуют контроль над значимыми для себя событиями.

Возможны два полярных типа такой локализации: экстернальный и интернальный. В первом случае человек полагает, что происходящие с ним события являются результатом действия внешних сил – случая, обстоятельств, других людей. Во втором – человек интерпретирует значимые события как результат своей собственной деятельности.

1. Локус контроль, характерный для индивида, универсален по отношению к любым типам событий и ситуаций, с которыми ему приходится сталкиваться. Один и тот же тип контроля характеризует поведение данной личности и в случае неудач, и в сфере достижений, причём это в разной степени касается различных областей социальной жизни.
2. Люди-экстерналы **–** пассивны, пессимистичны; чувствуют, что от них ничего не зависит, а всё зависит от обстоятельств, а они «пешки» в этой жизни. Свои успехи, достижения и радости приписывают внешним обстоятельствам, везению, счастливой судьбе или помощи других людей.
3. Люди-интерналы **–** считают, что большинство важных событий их жизни было результатом их собственных действий, и чувствуют свою собственную ответственность за эти события и за то, как складывается их жизнь в целом. Они считают, что добились сами всего хорошего, что было и есть в их жизни и что они способны с успехом достигать своих целей и в будущем. Они берут на себя ответственность и за все отрицательные события, склонны обвинять себя в неудачах, неприятностях, страданиях, считают свои действия важным фактором в организации собственного производства, в складывающихся отношениях в коллективе, в своих продвижениях. Интернал считает себя ответственным за события семейной жизни, в семейных проблемах обвиняет не супруга, а себя, стремится изменить себя. Такие люди считают в силах контролировать свои неформальные отношения с другими, вызывать к себе уважение, симпатию, активно формируют свой круг общения. Интернал считает себя ответственным за своё здоровье. В болезни обвиняет самого себя и полагает, что выздоровление зависит от его действий, а не от врачей. Интерналуприсуща активная жизненная позиция, независимость и ответственность за себя. Такой человек чаще «победитель». Экстернал – «побеждённый». У них различные жизненные сценарии, различное отношение к себе и другим людям.
4. Описание личности с помощью экстернальности-интернальности является недостаточным. Особенности субъективного контроля могут изменяться у человека в зависимости от сложности либо простоты ситуаций. Поэтому измерение локуса контроля лучше строить не как одномерную характеристику, а как многомерный профиль, компоненты которого привязаны к типам социальных ситуаций разной степени обобщённости.
5. Разработчики теста предложили выделить в методике диагностике локуса контроля субшкалы: контроль в ситуации достижения, в ситуации неудачи, в области производственных и семейных отношений, в области здоровья и болезни.
6. Опросник состоит из 44 утверждений.В отличие от шкалы Дж. Роттера, в него включены пункты, измеряющие экстернальность-интернальность в межличностных отношениях, в области здоровья и болезни.
7. Опросник предназначен как для индивидуального, так и группового обследования.Может применяться в двух вариантах:

Вариант А – предназначен для исследовательских целей,требует ответа по 7-ми балльной шкале (-3, -2, -1, 0, +1, +2, +3), в которой ответ «+3» означает «полностью согласен», а «-3» - «совершенно не согласен».

Вариант В – предназначен для диагностики.Требует ответов по бинарной шкале «согласен» (+) – «не согласен» (-).

9. С помощью данной методики осуществляется измерение интернальности-экстернальности по следующим шкалам:шкала общей интернальности (Ио), шкала интернальности в области достижений (Ид), шкала интернальности в области неудач (Ин), шкала интернальности в области производственных отношений (Ип), шкала интернальности в области межличностных отношений (Им), шкала интернальности в отношении здоровья и болезни (Из), шкала интернальности в семейных отношениях (Ис).

**Инструкция:** Опросник определяет способ, которым некоторые важные события в жизни нашего общества влияют на различных людей. Вам нужно выразить своё отношение к приведённым ниже утверждениям. Определите, насколько вы согласны или не согласны с каждым пунктом опросника. Используйте для этого одну из оценок шкалы: «совершенно не согласен» (-3, -2, -1, 0) либо «полностью согласен» (+3, +2, +1).Вашу оценку запишите в бланк ответов рядом с номером утверждения.

**Обработка результатов:**

1. Обработку проводим по ключу, суммируя ответы на пункты в столбцах «+» со своим знаком и ответы на пункты в столбцах « - » с обратным знаком.Мы получаем суммы “сырых” баллов по 7-ми шкалам опросника.
2. Перевод «сырых» баллов в стены (стандартные оценки). Стены представлены в 10-ти балльной шкале и дают возможность сравнить результаты различных исследований и построить профиль.
3. Построение профиля УСК по семи шкалам**.** Нужно отложить свои 7 результатов (стенов) на семи 10-ти балльных шкалах и отметить норму, которая составляет 5,5 стенов.

**Анализ результатов:**

1. Проанализируйте количественно и качественно показатели по 7-ми шкалам. Сравните показатели с нормой.
2. Отклонение вправо (больше 5,5 стенов) свидетельствует об интернальном типе контроля (УСК) в соответствующих ситуациях.
3. Отклонение влево от нормы (меньше 5,5 стенов)свидетельствует об экстернальном типе контроля.

**Бланк ответов**

Ф.И.О.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Пол\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Возраст\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **№**  **п/п** | **Шкала ответов** | | | | | | |
| **- 3** | **- 2** | **- 1** | **0** | **+ 1** | **+ 2** | **+3** |
| **1** |  |  |  |  |  |  |  |
| **2** |  |  |  |  |  |  |  |
| **…** |  |  |  |  |  |  |  |
| **44** |  |  |  |  |  |  |  |

1. **Шкала общей интернальности (Ио).**

Высокий показатель по этой шкале соответствует высокому уровню субъективного контроля над любыми значимыми ситуациями. Такие люди считают, что большинство важных событий в их жизни было результатом их собственных действий, что они могут ими управлять, и, таким образом, они чувствуют свою собственную ответственность за эти события и за то, как складывается их жизнь в целом. Обобщение различных экспериментальных данных позволяет говорить об интерналах как о более уверенных в себе, более спокойных и благожелательных, более популярных в сравнении с экстерналами. Их отличает более позитивная система отношений к миру и большая осознанность смысла и целей жизни.

Низкий показатель по шкале соответствует низкому уровню субъективного контроля. Такие испытуемые не видят связи между своими действиями и значимыми для них событиями их жизни, не считают себя способными контролировать их развитие и полагают, что большинство их является результатом случая или действий других людей. Обобщение экспериментальных данных позволяет говорить об экстерналах как о людях с повышенной тревожностью, обеспокоенностью. Их отличает конформность, меньшая терпимость к другим и повышенная агрессивность, меньшая популярность в сравнении с интерналами.

2. **Шкала интернальности в области достижений (Ид).**

Высокие показатели по этой шкале соответствуют высокому уровню субъективного контроля над эмоционально положительными событиями и ситуациями. Такие люди считают, что они сами добились всего, что было и есть в их жизни, и что они способны с успехом добиваться своего в будущем.

Низкие показатели по шкале Ид свидетельствуют о том, что человек приписывает свои успехи и достижения обстоятельствам — везению, счастливой судьбе или помощи других людей.

3. **Шкала интернальности в области неудач (Ин).**

Высокие показатели по этой шкале говорят о развитом чувстве субъективного контроля по отношению к отрицательным событиям и ситуациям, что проявляется в склонности обвинять самого себя в разнообразных неприятностях и страданиях.

Низкие показателиИн свидетельствует о том, что испытуемый склонен приписывать ответственность за подобные события другим людям или считать их результатом невезения.

1. **Шкала интернальности в** **области семейных** **отношений (Ис).** Высокие показатели Ис означают, что человек считает себя ответственным за события, происходящие в его семейной жизни. Низкий Исуказывает на то, что субъект считает партнеров причиной значимых ситуаций, возникающих в его семье.
2. **Шкала интернальности** **в области производственных отношений (Ип).** Высокий Ип свидетельствует о том, что человек считает свои действия важным фактором организации собственной производственной деятельности, в складывающихся отношениях в коллективе, в своем продвижении и т.д.

**Низкий Ип** указывает на то, что испытуемый склонен приписывать более важное значение внешним обстоятельствам — руководству, товарищам по работе, везению — невезению.

1. **Шкала интернальности в области межличностных отношений (Им).** Высокие показателиговорят о том, что человек считает себя ответственным за построение межличностных отношений с окружающими.

Низкие указывают на то, что человек склонен приписывать более важное значение в этом процессе обстоятельствам, случаю или окружающим его людям.

1. **Шкала интернальности в отношении здоровья и болезни (Из).** Высокие показатели Из свидетельствуют о том, что испытуемый считает себя ответственным за свое здоровье: если он болен, то обвиняет в этом себя и полагает, что выздоровление во многом зависит от его действий.

Человек с низкимИз считает болезнь результатом случая и надеется, что выздоровление придет в результате действий других, прежде всего врачей.

**Ключ к опроснику УСК**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Ио** | | **Ид** | | **Ин** | | **Ип** | | **Ис** | | **Им** | | **Из** | |
| **+** | **-** | **+** | **-** | **+** | **-** | **+** | **-** | **+** | **-** | **+** | **-** | **+** | **-** |
| 2 | 1 | 12 | 1 | 2 | 7 | 19 | 1 | 2 | 7 | 4 | 6 | 13 | 3 |
| 4 | 3 | 15 | 5 | 4 | 24 | 22 | 9 | 16 | 14 | 27 | 38 | 34 | 23 |
| 11 | 5 | 27 | 6 | 20 | 33 | 25 | 10 | 20 | 26 |  |  |  |  |
| 12 | 6 | 32 | 14 | 31 | 38 | 42 | 30 | 32 | 28 |  |  |  |  |
| 13 | 7 | 36 | 26 | 42 | 40 |  |  | 37 | 41 |  |  |  |  |
| 15 | 8 | 37 | 43 | 44 | 41 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 16 | 9 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 17 | 10 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 19 | 14 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 20 | 18 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 22 | 21 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 25 | 23 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 27 | 24 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 29 | 26 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 31 | 29 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 32 | 30 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 34 | 33 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 36 | 35 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 37 | 38 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 39 | 40 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 42 | 41 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 44 | 43 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

## 

## Занятие 2 Психологическая помощь в кризисных ситуациях

2.1 Буклет «Психологическая помощь в кризисных ситуациях»

2.2 Методики диагностики

**2.1 Буклет «Психологическая помощь в кризисных ситуациях»**

**Цель:** разработать буклет по психологической помощи в кризисных ситуациях, используя приведённые ниже материалы.

**Буклеты и психологические практикумы решают две за­дачи:**

1) осуществление непосредственной психологиче­ской помощи путем реализации программ самопомощи;

2) опосредованная психологическая помощь через форми­рование запроса на психологическую помощь, т.е. развитие рефлексивных процессов осознания и понимания себя.

**Опосредованная психологическая помощь проходит три этапа:**

**- во-первых,** осуществляется психотерапевтическое обу­чение основам аутодиагностики стрессогенных жизненных событий (дидактический этап);

**- во-вторых**, происходит анализ и оценка собственных эмоциональных переживаний: страха, раздражения, тре­вожности и т. д. (рефлексивный этап);

**- в-третьих**, совершается попытка изменить свои тре­вожные состояния, используя рефлексивный и оценочный этапы (терапевтический этап).

Задача формирования запроса на психологическую по­мощь реализуется на всех трех этапах, но уже на этапе рефлексии происходит самоанализ состояний.

**Структура буклета состоит из трех частей:**

**В первой части буклета** излагаются *чувства и эмо­ции,* которые обычно испытывают люди после травмати­ческого события: беспомощность, грусть, оцепенение, злость, страх, вина, усталость и истощенность, мускульное напряжение, сердцебиение и др.

**Во второй части** буклета перечисляются *соматиче­ские ощущения,* сопровождающие человека после трав­матического события: бессонница, ухудшение памяти и концентрации внимания, головокружение, головные боли, другие изменения в ощущениях и др.

**В третьей части** буклета приводятся *состояния,* кото­рые могут возникнуть после пережитого: оцепенение, ак­тивность, уединение и др.

В буклете перечисляются основные *способы,* позволя­ющие уменьшить негативное напряжение: нужно и чего не нужно делать.

Дается перечень *условий,* когда необходимо обратить­ся за профессиональной психологической помощью.

В буклете, по меньшей мере, дважды помещаются тек­сты, которые формируют позитивную установку по отно­шению к травматическому состоянию.

**Обсуждение в группе.**

Анализ впечатлений.

**2.2 Методики диагностики**

**Психодиагностический тест (ПДТ)**

В целях наиболее полной и точной психологической диагнос­тики эффективности адаптации оправданным представляется ис­пользование разработанного Л.Т. Ямпольским (1985) психодиаг­ностического теста (ПДТ), представляющего собой многомерный инструментарий, основанный на принципе стандартизированного самоотчета испытуемого, и предназначенного для изучения струк­туры личности в границах определенных факторов.

Пункты опросника сгруппированы в 14 шкал. В настоящем пособии представлены 4 из них: 3 шкалы нижнего уровня описы­вают невротизм, психотизм и депрессию; шкала верхнего уровня характеризует психическую неуравновешенность (формируется на базе шкал нижнего уровня).

Краткая характеристика шкал теста

А Нижний уровень

1 Невротизм. Предназначена для измерения уровня невро-тизации. Содержательно фактор «невротизм» близок к понятию астенической личности в пограничной психиатрии и фиксирует уровень тревожности, возбудимости, впечатлительности, эмоцио­нальной зрелости. К характеристикам астенического типа отно­сят неуверенность в себе, нерешительность, неспособность прео долевать житейские трудности, психическую невыносливость. На­ряду с этим отмечаются такие проявления, как ипохондричность, раздражительность, склонность к колебаниям настроения.

1. Психотизм. Предназначена для измерения степени пси­хической адекватности личности, фиксирует аутичность, кото­рая характеризуется своеобразной отчужденностью от среды, замкнутостью, недоступностью для общения с другими. Психо­тическая личность находится в постоянном внутреннем кон­фликте с собой, постоянно напряжена и возбуждена вне зави­симости от степени напряженности реальной ситуации. Такое хроническое напряжение может без внешнего повода прорвать­ся в неожиданных аффективных реакциях озлобления, ярости, страха и т.п.
2. Депрессия. Шкала предназначена для измерения глуби­ны субъективных переживаний, возникающих при снижении доминирующего фона настроения. Депрессия — угнетенное со­стояние, вызываемое тягостными событиями и переживаниями (М.С. Лебединский, В.Н. Мясищев, 1966). Содержательно утвер­ждения, собранные в данной шкале, отражают самооценку доми­нирующего фона настроения, идеи самообвинения, субъективных трудностей в организации деятельности, низкой фрустрационной толерантности.

Б Верхний уровень

4 Психическая неуравновешенность. Предназначена для интегральной оценки психической устойчивости. Оценка по этой шкале является обобщением оценок по трем шкалам нижнего уровня: невротизм, психотизм, депрессия. Фактор «психическая неуравновешенность» указывает на уровень дезадаптации, тревожности, потери контроля над влечениями, оценивает  
уровень психической устойчивости и, как следствие, ровность, стабильность, последовательность и целенаправленность поведения.

Предъявление методики. Перед началом исследования испы­туемым (количество которых при групповом тестировании не должно превышать 25—30 человек) предоставляется возможность ознакомиться с текстом инструкции, самого опросника и бланка ответов. Психолог должен ответить на все вопросы, касающиеся процедуры обследования.

Обработка результатов проводится с помощью ключа. От­вету, совпадающему с ключом, присваивается 1 «сырой» балл.

Ключ методики ПДТ

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Название шкалы | Группирование ответов по шкалам | Максимальный балл |
| Невротизм | Верно: 2, 3, А, 13, 14, 15, 16, 25, 26, 37, 38, 40, 50, 51, 52, 53, 63, 64, 65, 66, 67 Неверно: 1, 27, 28, 39 | 25 |
| Психотизм | Верно: 5, 6, 7, 8, 18, 19, 20, 29, 30, 31, 32, 41, 42, 43, 44, 54, 55, 56, 57, 58, 68, 69, 70, 71 Неверно: 17 | 25 |
| Депрессия | Верно: 9, 10, 12, 21, 22, 23, 24, 33, 34, 35, 36, 45, 46, 47, 48, 49, 59, 60, 61, 62, 72, 74, 75 Неверно: 11, 73 | 25 |
| Психическая неуравнове­шенность | Верно: 2, 4, 10, 11, 12, 14, 21, 23, 33, 35, 45, 50, 53, 63, 65, 66, 67, 74, 75 Неверно: 73 | 20 |

Полученные «сырые» баллы преобразуются в стандартную форму путем перевода исходных тестовых оценок в 10-балльную равноинтервальную шкалу методом Р. Кеттелла.

Таблица перевода «сырых» баллов ПДТ в стены

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| «Сырые» баллы | Стандартные единицы | | | |
|  | Невротизм | Психотизм | Депрессия | Психическая неуравновешенность |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 25 | 10 | 10 | 10 |  |
| 24 | 10 | 10 | 10 |  |
| 23 | 10 | 10 | 10 |  |
| 22 | 10 | 10 | 10 |  |
| 21 | 10 | 10 | 10 |  |
| 20 | 9 | 10 | 9 | 10 |
| 19 | 9 | 10 | 9 | 10 |
| 18 | 8 | 9 | 8 | 10 |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 17 | 8 | 9 | 8 | 10 |
| 16 | 8 | 8 | 7 | 9 |
| 15 | 7 | 8 | 7 | 9 |
| 14 | 7 | 7 | 7 | 8 |
| 13 | 6 | 7 | 6 | 8 |
| 12 | 6 | 6 | 6 | 7 |
| 11 | 6 | 6 | 5 | 7 |
| 10 | 5 | 5 | 4 | 6 |
| 9 | 4 | 4 | 4 | 6 |
| 8 | 4 | 4 | 3 | 5 |
| 7 | 3 | 3 | 3 | 4 |
| 6 | 3 | 3 | 2 | 4 |
| 5 | 3 | 2 | 2 | 3 |
| 4 | 2 | 2 | 2 | 3 |
| 3 | 2 | 1 | 1 | 2 |
| 2 | 1 | 1 | 1 | 2 |
| 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| 0 | 1 | 1 | 1 | 1 |

**Текст опросника**

1. Обычно я просыпаюсь утром свежим и отдохнувшим.
2. Временами я волнуюсь из-за пустяков.
3. Большую часть времени я чувствую общую слабость.
4. Я часто тревожусь.
5. Кое-кто настроен против меня.
6. Часто различная пища кажется мне одинаковой на вкус.
7. Глупо осуждать человека за обман тех, кто позволяет себя обманывать.
8. Окружающее мне часто кажется нереальным.
9. Когда я строю планы, то часто рассчитываю на счастливый случай, везение.
10. Порой мне кажется, что трудностей слишком много и мне их не преодолеть.
11. Меня редко посещают грустные мысли.
12. Когда я что-либо делаю (двигаюсь, ем, работаю), я часто перескакиваю с одного на другое, а не действую обдуманно и ме­тодично.
13. Временами я бываю злым и раздражительным.
14. У меня бывают периоды такого сильного беспокойства, что даже не могу усидеть на месте.
15. Мне часто говорят, что я вспыльчив.
16. Я часто сожалею о том, что я такой раздражительный и ворчливый.
17. У меня отсутствуют враги, которые всерьез желают мне навредить.
18. У меня бывают странные и необычные мысли.
19. Почти каждый день случается что-то такое, что пугает меня.
20. Иногда мне нравится причинять боль людям, которых я люблю.
21. Временами я чувствую себя бесполезным.
22. Мои родители были часто настроены против моих знако­мых.
23. У меня бывает настроение, когда я легко отвлекаюсь от дела, становлюсь рассеянным и мечтательным.
24. Временами я испытываю ненависть к членам моей семьи, которых обычно люблю.
25. Я вспыльчив, но быстро успокаиваюсь.
26. Иногда я настолько возбуждаюсь, что мне бывает трудно заснуть.
27. Думаю, что нервы у меня в порядке (такие же, как и у большинства окружающих).
28. Обычно я спокоен, и меня трудно вывести из равновесия.
29. Я ужасно боюсь грозы.
30. Многих людей можно обвинить в развращенности.
31. Я бы добился значительно больших успехов, если бы люди относились ко мне лучше.
32. У меня бывают необычные, мистические (таинственные) переживания.
33. Даже среди людей я чувствую свое одиночество.
34. Мечты в моей жизни занимают много места, но я этого никому не говорю.
35. Мои намерения часто кажутся мне настолько трудновы­полнимыми, что я отказываюсь от них.
36. Чаще всего у меня бывает сразу несколько увлечений, я очень редко увлекаюсь чем-нибудь одним.
37. Я так остро переживаю свои неприятности, что подолгу не могу выбросить их из головы.
38. Бывало, что из-за волнений у меня пропадал сон.
39. Меня трудно рассердить.
40. Меня настолько волнуют некоторые вещи, что мне даже говорить о них трудно.
41. Думаю, что почти каждый может болтать, чтобы избежать неприятностей.
42. Безопаснее всего никому не доверять.
43. Я часто замечаю, что люди относятся завистливо и недо­верчиво к моим удачным идеям только потому, что не они первы­ми додумались до них.
44. Я опасаюсь некоторых предметов или людей, хотя знаю, что они для меня безвредны.
45. Нередко бывают ситуации, когда легко потерять надежду на успех.
46. Иногда я хвалю людей, которых знаю очень мало.
47. Я легко прихожу в замешательство.
48. У меня бывают достаточно длительные периоды, когда я не могу ничего делать, потому что мне трудно заставить себя взяться за работу.
49. Порой мне кажется, что я ни на что не гожусь.
50. Я все принимаю близко к сердцу.
51. Ожидание действует мне на нервы.
52. Раз в неделю или чаще я бываю возбужденным и взволно­ванным.
53. Я все чувствую более остро, чем другие.
54. Думаю, что за мной следят.
55. Большую часть времени я чувствую, что моя голова и нос чем-то заполнены.
56. Временами мне хочется нанести повреждение себе или ко­му-нибудь из окружающих.
57. Люди безразличны и равнодушны к тому, что может слу­читься с другими.
58. Плохие, часто даже ужасные слова приходят мне в голову, и я не могу от них избавиться.
59. Временами мне очень хотелось навсегда уйти из дома.

60. Мое поведение в сильной степени зависит от обычаев  
окружающих меня людей.

1. Я предпочитаю действовать импульсивно, под влиянием момента, даже если это приведет к дальнейшим трудностям.
2. Я могу сослаться на болезнь, чтобы избежать чего-нибудь неприятного.
3. Я впечатлительнее большинства людей.
4. Я легко теряю терпение в общении с другими людьми.
5. Иногда какой-нибудь пустяк овладевает моими мыслями и беспокоит меня несколько дней.
6. Критика и замечания в мой адрес меня мало задевают.
7. Иногда мне кажется, что я нахожусь на грани нервного срыва.
8. Часто мои поступки неправильно понимаются окружаю­щими.
9. Я считаю, что многие способны пойти на нечестный по­ступок ради получения выгоды.
10. Меня крайне редко наказывали без причины.
11. Против меня что-то замышляется.
12. Привычки некоторых членов моей семьи меня очень раз­дражают.
13. У меня редко бывают приступы плохого настроения.
14. Бывает, я отказываюсь от начатого дела потому, что не верю в свои силы.
15. В моей семье есть нервные люди.

**Методика определения степени риска совершения суицида**

Предлагаемая методика призвана способствовать психологам, социологам, врачам в установлении степени риска совершения суицида людьми, оказавшимися в тяжелых жизненных ситуаци­ях. Вместе с тем, ее могут использовать педагоги, работники соци­альных и правоохранительных органов для подтверждения своих выводов о людях, которые по своим поведенческим и другим признакам находятся в условиях жизненного кризиса или в пресуицидальном состоянии.

Основу методики составляет специальная карта, в которую включен 31 фактор риска суицида. Наличие и степень выраженности каждого из этих факторов необходимо установить у обследуемого индивида. Сбор необходимой информации осуществля­ется традиционными методами, которые широко используются психологами: наблюдение, индивидуальные беседы, изучение и анализ документов. Лучше узнать человека помогает обобщение мнений о нем знакомых с ним людей, сопоставление результатов наблюдений и выводов, сделанных из бесед с его окружением.

Квалифицированную помощь в более глубоком изучении че­ловека могут оказать медицинские работники. Многие нужные сведений можно получить из общения с родителями, близкими и друзьями, одноклассниками и сослуживцами потенциального суицидента.

Достоверность методики повышается с расширением источ­ников информации и способов изучения личности.

На основании материала, предшествующего изучению лич­ности исследуемого, а также по результатам свободной беседы с ним необходимо отметить наличие выраженности у него перечис­ленных в карте факторов. При этом напротив каждого фактора следует поставить его условный «вес» в соответствии с таблицей, Так, например, при наличии факторов 8, 9, 11—31 напротив них ставится «вес» +1; если они слабо выражены, то +0,5; если не выявлены — 0; если фактор отсутствует — ставится -0,5. «Вес» факторов 5—7 оценивается баллами от -0,5 до +2, а факторов 1-4, 10 от -0,5 до +3.

Нулем оцениваются также характеристики факторов 7—10 у лиц, не достигших среднего возраста начала половой жизни (19 лет) и вступления в брак (21 год). Затем вычисляется алгеб­раическая сумма «весов» всех факторов. Если полученная вели­чина меньше, чем 8,8 — риск суицида незначителен. Если эта величина колеблется от 8,8 до 15,4, то имеется риск совершения суицидальной попытки. В том случае, когда сумма «весов» пре­вышает 15,4, риск суицида исследуемого лица велик, а в случае наличия в анамнезе попытки самоубийства значителен риск ее повтора. При наличии цифр, превышающих критические значе­ния риска суицида, необходимо немедленно обратиться к врачам и провести клинико-психологическое обследование индивида. Для правильного определения степени риска суицида необходимо точ­но соблюдать все указанные условия. Результаты изучения целе­сообразно записывать в рабочую тетрадь, блокнот по определен­ной системе. Важно систематически накапливать факты и анали­зировать их, придать этой работе целенаправленный характер. При самой хорошей организации не рассчитывайте на быстрый успех. Несомненно одно: хорошее знание человека позволит сра­зу распознать неладное в его поведении, найти приемлемые фор­мы душевного контакта, оказать профилактическое воздействие и помощь.

**Карта риска суицидальности**

Изучаемые факторы:

I Данные анамнеза:

1. Возраст первой суицидальной попытки — до 18 лет.
2. Ранее имела место суицидальная попытка.
3. Суицидальные попытки у родственников.
4. Развод или смерть одного из родителей (до 18 лет).
5. Недостаток тепла в семье в детстве или юношестве.
6. Полная или частичная безнадзорность в детстве.
7. Начало половой жизни — 16 лет и ранее.
8. Ведущее место в системе ценностей принадлежит любов­ным отношениям.
9. Производственная сфера не играет важной роли в системе ценностей.

10. В анамнезе имел место развод.

II Актуальная конфликтная ситуация:

1. Ситуация неопределенности, ожидания.
2. Конфликт в области любовных или супружеских отно­шений.
3. Продолжительный служебный конфликт.
4. Подобный конфликт имел место ранее.
5. Конфликт, отягощенный неприятностями в других сферах жизни.
6. Субъективное чувство непреодолимости конфликтной си­туации.
7. Чувство обиды, жалости к себе.
8. Чувство усталости, бессилия.
9. Высказывания с угрозой суицида.

III Характеристика личности:

1. Эмоциональная неустойчивость.
2. Импульсивность.
3. Эмоциональная зависимость, необходимость близких эмо­циональных контактов.
4. Доверчивость.
5. Эмоциональная вязкость, неподвижность.
6. Болезненное самолюбие.
7. Самостоятельность, отсутствие зависимости в принятии решений.
8. Напряженность потребностей (сильно выраженное жела­ние достичь своей цели, высокая интенсивность данной потреб­ности).
9. Настойчивость.
10. Решительность.
11. Бескомпромиссность.
12. Низкая способность к образованию компенсаторных меха­низмов, вытеснению фрустрирующих факторов.

«Вес» факторов риска суицида в зависимости от его наличия, выраженности и значимости

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Характеристика наличия факторов | Номера факторов | | |
| 8; 9; 11-31 | 5-7 | 1-4; 10 |
| Отсутствует (фактор) | -0,5 | -0,5 | -0,5 |
| Слабо выражен | +0,5 | +1,0 | +1,5 |
| Присутствует | +1,0 | +2,0 | +3,0 |
| Наличие не выявлено | 0 | 0 | 0 |

**Источник:** Погодин, И.А. Психология суицидального поведения: Пособие для студентов вузов / И.А. Погодин. – Мн.: Тесей, 2005. – 208 с.

**Методика экспресс-диагностики невроза К. Хека И X. Хесса**

Ознакомившись с вопросом или суждением, надо ответить "да" или "нет".

1. Считаете ли Вы, что внутренне напряжены?
2. Я часто так сильно во что-то погружен, что не могу заснуть.
3. Я чувствую себя легко ранимым.
4. Мне трудно заговорить с незнакомыми людьми.
5. Часто ли без особых причин у Вас возникает чувство безучастности и усталости?
6. У меня часто возникает чувство, что люди меня критически рассмат­ривают.
7. Часто ли Вас преследуют бесполезные мысли, которые не выходят из головы, хотя Вы стараетесь от них избавиться?
8. Я довольно нервный.
9. Мне кажется, что меня никто не понимает.
10. Я довольно раздражительный.
11. Если бы против меня не были настроены, мои дела шли бы более успешно.
12. Я слишком близко и надолго принимаю к сердцу неприятности.
13. Даже мысль о возможной неудаче меня волнует.
14. У меня были очень странные и необычные переживания.
15. Бывает ли Вам то радостно, то грустно без видимых причин?
16. В течение всего дня я мечтаю и фантазирую больше, чем нужно.
17. Легко ли изменить Ваше настроение?
18. Я часто борюсь с собой, чтобы не показать свою застенчивость.
19. Я хотел бы быть таким же счастливым, какими кажутся другие люди.
20. Иногда я дрожу или испытываю приступы озноба.
21. Часто ли меняется Ваше настроение в зависимости от серьезной при­чины или без нее?
22. Испытываете ли Вы иногда чувство страха даже при отсутствии ре­альной опасности?
23. Критика или выговор меня очень ранят.
24. Временами я бываю так беспокоен, что даже не могу усидеть на одном месте.
25. Беспокоитесь ли Вы иногда слишком сильно из-за незначительных вещей?
26. Я часто испытываю недовольство.
27. Мне трудно сконцентрироваться при выполнении какого-либо зада­ния или работы.
28. Я делаю много такого, в чем приходится раскаиваться.
29. Большей частью я счастлив.
30. Я недостаточно уверен в себе.
31. Иногда я кажусь себе действительно никчемным.
32. Часто я чувствую себя просто скверно.
33. Я много копаюсь в себе.
34. Я страдаю от чувства неполноценности.
35. Иногда у меня все болит.
36. У меня бывает гнетущее состояние.
37. У меня что-то с нервами.
38. Мне трудно поддерживать разговор при знакомстве.
39. Самая тяжелая борьба для меня — это борьба с самим собой.
40. Чувствуете ли Вы иногда, что трудности велики и непреодолимы?

**Обработка данных:** надо подсчитать количество утвердительных ответов: если получено более 24 баллов — это говорит о высокой вероятности невроза. Еще раз подчеркнем, что методика дает лишь предварительную и обобщенную информацию. Окон­чательные выводы можно делать лишь после подробного изучения личности.

**Методика диагностики уровня невротизации**

**Л.И. Вассермана**

Отвечайте на вопросы "да" или "нет".

1. В различных частях своего тела я часто чувствую жжение, покалыва­ние, ощущение мурашек, онемение.
2. Я редко задыхаюсь, и у меня не бывает сильных сердцебиений.
3. Раз в неделю или чаще я бываю очень возбужденным или взволнован­ным.
4. Голова у меня болит часто.
5. Два-три раза в неделю по ночам меня мучают кошмары.
6. В последнее время я себя чувствую хуже, чем когда-либо.
7. Почти каждый день случается что-нибудь, что пугает меня.
8. У меня бывали периоды, когда из-за волнения терял сон.
9. Обычно работа стоит мне большого напряжения.
10. Иногда я бываю так возбужден, что это мешает мне заснуть.
11. Большую часть времени я испытываю неудовлетворенность жизнью.
12. Меня постоянно что-нибудь тревожит.
13. Я стараюсь реже встречаться со своими знакомыми и друзьями.
14. Жизнь для меня почти всегда связана с напряжением.
15. Мне трудно сосредоточиться на какой-либо задаче или работе.
16. Я очень устаю за день.
17. Я верю в будущее.
18. Я часто предаюсь грустным размышлениям.
19. Временами мне кажется, что моя голова работает медленнее, чем обычно.
20. Самая трудная борьба для меня — это борьба с самим собой.
21. Я почти всегда о чем-нибудь или о ком-нибудь тревожусь.
22. У меня мало уверенности в себе.
23. Я часто чувствую неуверенность в себе.
24. Несколько раз в неделю меня беспокоят неприятные ощущения в верхней части живота (под ложечкой).
25. Иногда у меня бывает такое чувство, что передо мной выросло столько трудностей, что одолеть их просто невозможно.
26. Раз в неделю или чаще я без видимой причины внезапно ощущаю жар во всем теле.
27. Временами я изматываю себя тем, что слишком много на себя беру.
28. Я очень внимательно отношусь к тому, как я одеваюсь.
29. Мое зрение ухудшилось в последнее время.
30. В отношениях между людьми чаще всего торжествует несправедли­вость.
31. У меня бывают периоды такого сильного беспокойства, что я даже не могу усидеть на месте.
32. Я с удовольствием танцую, когда есть возможность.
33. По возможности я стараюсь избегать большого скопления людей.
34. Мой желудок сильно беспокоит меня.
35. Должен признаться, что временами я волнуюсь из-за пустяков.
36. Часто сам огорчаюсь, что я такой раздражительный и ворчливый.
37. Несколько раз в неделю у меня бывает такое чувство, что должно случиться что-то страшное.
38. Мне кажется, что близкие меня плохо понимают.
39. У меня часто бывают боли в сердце или груди.

40. В гостях я обычно сижу где-нибудь в стороне или разговариваю  
с кем-нибудь одним.

Обработка данных: надо подсчитать число положительных ответов. Чем больше получен­ный результат, тем выше уровень невротизации.

**Интерпретация уровней:**

Высокий уровень невротизации свидетельству­ет: о выраженной эмоциональной возбудимости, в результате чего появляют­ся негативные переживания (тревожность, напряженность, беспокойство, растерянность, раздражительность); о безынициативности, которая форми­рует переживания, связанные с неудовлетворенностью желаний; об эгоцент­рической личностной направленности, что приводит к ипохондрической фиксации на соматических ощущениях и личностных недостатках; о трудно­стях в общении; о социальной робости и зависимости.

Низкий уровень невротизации свидетельствует: об эмоциональной ус­тойчивости; о положительном фоне переживаний (спокойствие, оптимизм); об инициативности; о чувстве собственного достоинства; независимости, социальной смелости; о легкости в общении.

**Опросник Бека**

Опросник Бека предназначен для диагностики депрессивных состояний.

Несмотря на то, что утверждения теста очень прямые и по­зволяют испытуемому скрывать свое истинное состояние, ис­пользование опросника Бека в клинической практике показало его высокую эффективность при скрининговых и предваритель­ных обследованиях.

Тестирование можно проводить в групповом и индивидуаль­ном вариантах.

Результаты опросника высоко коррелируют с личностной и ситуативной тревожностью и алекситимией. Все утверждения опросника Бека являются прямыми, поэто­му для подсчета общего результата необходимо просто просумми­ровать все баллы, соответствующие выбранным утверждениям.

**Инструкция.** Перед вами находится опросник, содержащий тринадцать групп (А—Н) из четырех утверждений (0-3). Про­читывайте, пожалуйста, каждую группу утверждений целиком. Затем выбирайте из каждой группы одно утверждение, которое лучше всего соответствует тому, как вы себя чувствуете сегодня, то есть прямо сейчас. Обведите номер выбранного вами утверждения. Если не­сколько утверждений из одной группы кажутся вам одинаково хорошо подходящими, то обведите все их номера. Прежде чем сделать свой выбор, убедитесь, что вы прочитали все утвержде­ния в каждой группе.

**А**  0. Мне не грустно.

1. Мне грустно или тоскливо.
2. Мне все время тоскливо или грустно, но я ничего не могу с собой поделать.
3. Мне так грустно или печально, что я не могу этого вы­нести.

**Б**  0. Я смотрю в будущее без особого пессимизма или разоча­рования.

1. Я чувствую разочарование в будущем.
2. Я чувствую, что мне нечего ждать впереди.
3. Я чувствую, что будущее безнадежно и поворота к луч­шему быть не может.

**В**  0. Я не чувствую себя неудачником.

1. Я чувствую, что неудачи случались у меня чаще, чем у других людей.

2. Когда я оглядываюсь на жизнь, я вижу лишь цепь неудач.

3. Я чувствую, что потерпел неудачу как личность (родитель, муж, жена).

**Г**  0. Я не испытываю никакой особенной неудовлетворенности.

1. Ничто не радует меня так, как было раньше.
2. Ничто больше не дает мне удовлетворения..
3. Меня не, удовлетворяет все.

**Д** 0. Я не чувствую никакой особенной вины.

1. Большую часть времени я чувствую себя скверным и ни­чтожным.
2. У меня довольно сильное чувство вины.
3. Я чувствую себя очень скверным и никчемным.  
    **Е**  0. Я не испытываю разочарования в себе.
4. Я разочарован в себе.
5. У меня отвращение к себе.
6. Я ненавижу себя.

**Ж** 0. У меня нет никаких мыслей о самоповреждении.

1. Я чувствую, что мне было бы лучше умереть.
2. У меня есть определенные планы совершения самоубий­ства.
3. Я покончу с собой при первой возможности.  
    **3**  0. У меня не потерян интерес к другим людям.

1 Я меньше, чем бывало, интересуюсь другими людьми.

2 У меня потерян почти весь интерес к другим людям и поч­ти нет никаких чувств к ним.

3У меня потерян всякий интерес к другим людям, и они меня совершенно не заботят.

**И** 0. Я принимаю решения примерно, так же легко, как и всегда.

1. Я пытаюсь отсрочить принятие решений.
2. Принятие решений дается мне с трудом.
3. Я больше совсем не могу принимать решения.

**К** 0. Я не чувствую, что выгляжу, сколько-нибудь хуже, чем обычно.

1. Меня беспокоит то, что я выгляжу старо и непривлека­тельно.
2. Я чувствую, что в моем внешнем виде происходят посто­янные изменения, делающие меня непривлекательным.
3. Я чувствую, что выгляжу гадко или отталкивающе.

**Л** 0. Я могу работать примерно так же хорошо, как и раньше.

1. Нужно делать дополнительные усилия, чтобы начать что-то делать.
2. Мне нужно с трудом пересилить себя, чтобы что-то сде­лать.
3. Я совсем не могу выполнять никакую работу.  
    **М** 0. Я устаю не больше, чем обычно.
4. Я устаю быстрее, чем раньше.
5. Я устаю от любого занятия.
6. Я устал, чем бы то ни было заниматься.

**Н** 0. Мой аппетит не хуже, чем обычно.

1. Мой аппетит не так хорош, как бывало.

2.Мой аппетит теперь гораздо хуже, чем раньше.

3.У меня совсем нет аппетита.

**Оценка результатов опросника Бека:** Считается, что испытуемый страдает депрессией, если он на­брал более 25 баллов. Результат менее 10 баллов говорит об от­сутствии депрессивных тенденций и хорошем эмоциональном состоянии испытуемого. Промежуточную группу составляют ис­пытуемые с легким уровнем депрессии ситуативного или нев­ротического генеза.

В любом случае, интерпретируя результаты опросника, необ­ходимо помнить о том, что состояние депрессии устанавливается специалистом в результате обследования и подробной клиниче­ской беседы, а результаты опросника могут дать лишь предвари­тельное и приближенное представление о состоянии испытуемого.

**Источник:** Малкина-Пых, И.Г. Психосоматика: Новейший справочник / И.Г. Малкина-Пых. – М.: Изд-во Эксмо; СПб.: Сова, 2003. – 928 с.

**2.2 Семинарские занятия**

**Тема: Основные способы выхода из кризиса**

Вопросы:

1. Алкоголизм и бытовое пьянство.
2. Личность самоубийцы.
3. Суицид и профессия.
4. Конструктивный выход из кризиса.
5. Антисуицидальные факторы.

**Литература:**

1 Вагин, Ю.Р. Профилактика деструктивного поведения / Ю.Р. Вагин. – Пермь: ПОНИЦАА, 2004 – 150 с.

2 Гаврилина, Л.К. Профилактика зависимого поведения. Учебное пособие / Гаврилина Л.К., Пружинская В.Б. / Общая редакция Гаврилиной Л.К. – Сыктывкар, 2002. – 132 с.

3 Змановская, Е.В. Девиантология: (Психология отклоняющегося поведения) : Учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений. / Е.В. Змановская. – М.: Издательский центр «Академия», 2004. – 288с.

4 Малкина-Пых, И.Г. Психосоматика: Новейший справочник / И.Г. Малкина-Пых. – М.: Изд-во Эксмо; СПб.: Сова, 2003. – 928 с.

5 Осипова, А.А. Справочник психолога по работе в кризисных ситуациях / А.А. Осипова. – Ростов н /Д: Феникс, 2006. – 315 с.

6 Погодин, И.А. Психология суицидального поведения: Пособие для студентов вузов / И.А. Погодин. – Мн.: Тесей, 2005. – 208 с.

7 Сакович, Н.А. Суицидальное поведение: профилактика и коррекция: учеб.-метод. пособие / Н.А. Сакович; ГУО «Акад. последиплом. образования». – Минск: АПО, 2011 – 138с.

8 Шилова, Т.А. Профилактика алкогольной и наркотической зависимости у подростков в школе : Практическое пособие / Т.А. Шилова. – М.: Айрисс-пресс, 2004. – 96 с.

**3 Раздел контроля знаний**

**3.1 Материалы для итоговой аттестации**

**Вопросы к зачёту по курсу «Основы кризисной психологии»**

1. Предмет и задачи кризисной психологии.
2. Основные методологические предпосылки выделения кризисной психологии в самостоятельную отрасль психологических знаний.
3. Место кризисной психологии в системе психологической помощи.
4. Понятие «кризиса», «стресса» и «фрустрации».
5. Биографические кризисы личности.
6. Восстановление Я-концепции у детей в горе.
7. Виды фрустрационного поведения.
8. Состояние и стадии кризиса.
9. Типы ситуационных реакций на стресс.
10. Психическая травма.
11. Скорбь как переживание, основные стадии скорби.
12. Проблема эффективности психологического преодоления травматических событий.
13. Теория посттравматического стрессового расстройства.
14. Анализ методов диагностики ПТСР.
15. Этиология и симптоматика ПТСР.
16. Психологические последствия продолжительного жестокого обращения.
17. Психологические изменения во взаимоотношениях и в индивидуальности личности.
18. Психологические последствия терроризма.
19. Основные признаки и особенности переживаний жертв терроризма.
20. Психологический анализ горя.
21. Потеря близкого человека. Понятие «горе» и «утрата».
22. Этапы переживания.
23. «Застревающие» реакции утраты.
24. Формы осложнённого горя.
25. Общая характеристика переживания детьми горя.
26. Фазы детского горя.
27. Причины возникновения чувства вины у детей в состоянии горя.
28. Возрастные особенности переживания горя.
29. Принципы психологической помощи.
30. Подходы к коррекции травматического стресса.
31. Сущность превентивного подхода.
32. Метод кризисной интервенции.
33. Психологический дебрифинг.
34. Психобиографический дебрифинг.
35. Психологическое просвещение.
36. Стадии ситуативно развивающегося кризиса.
37. Конструктивный выход из кризиса.
38. Деструктивные выходы из кризиса.
39. Антисуицидальные факторы.
40. Стадии формирования психического состояния алкоголизма.
41. Структура дебрифинга.
42. Аутодебрифинг.
43. Беседа-интервью.
44. Техники, направленные на актуализацию чувств клиента.
45. Личностные факторы суицидального риска.
46. Алкогольный тип личности.
47. Бытовое пьянство.
48. Алкоголизм как деструктивный выход из кризиса.
49. Профилактика алкоголизма в работе педагога-психолога.
50. Методика «Психобиографический дебрифинг».

**4 Вспомогательный раздел**

**4.1 Учебная программа по дисциплине «Основы кризисной психологии»**

Учреждение образования «Гомельский государственный

университет имени Ф.Скорины»

|  |  |
| --- | --- |
|  | УТВЕРЖДАЮ  Директор ИПК и ПК  Ю.В.Кравченко  2014 |

УЧЕБНАЯ ПРОГРАММА ПО ДИСЦИПЛИНЕ

«Основы кризисной психологии»

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | по специальности «Практическая психология»  в соответствии с типовым учебным планом  переподготовки, утвержденным  12.05.2014 25-13/585 |  |

Гомель, 2014

**ВВЕДЕНИЕ**

Изучение курса «Основы кризисной психологии» слушателями Института повышения квалификации и переподготовки кадров является необходимым условием их профессиональной подготовки.

В окружающей реальности встречаются обстоятельства, которые резко отличаются от других либо выходят за рамки обыденного. Эти состояния часто сопровождаются разнообразными негативными переживаниями и эмоциями: страх, чувство обиды, вина, злость, отчаяние, безнадёжность. Поэтому знание психологических особенностей и применение психологических методов крайне необходимы слушателям, работа которых предполагает постоянные контакты типа «человек – человек», чтобы уметь строить отношения с людьми, находить подход к ним, расположить их к себе, особенно, когда человек находится в состоянии кризиса.

Будущему специалисту необходимо знать, что такое кризис в жизни человека, каковы его причины, каковы его последствия, как избежать разрушающего действия кризиса, как помочь человеку выйти на новый уровень развития, какие факторы и психологические особенности защитят человека от негативного воздействия кризиса.

Педагогу-психологу в своей профессиональной деятельности необходимо решать широкий круг психологических проблем, связанных с трудностями развития и адаптации личности к различным условиям, дисгармонией межличностных отношений, социальными девиациями, возрастными кризисами.

Максимальное внимание в программе «Основы кризисной психологии» уделяется освещению наиболее актуальных проблем кризисной психологии – это кризисы развития, травматические кризисы и кризисы утраты; рассматриваются понятия стресса, фрустрации, конфликта; даётся характеристика психологической помощи в кризисных ситуациях и основные способы выхода из кризиса.

Основная цель данного курса заключается в ознакомлении с методологическими основами кризисной психологии, с объяснительными теориями поведения человека в кризисный и посткризисный период, а также обучение навыкам самостоятельного построения программ психологической помощи человеку в кризисный период жизни.

Специфика курса обусловлена тем, что он предполагает применение прикладных знаний по психологии к потребностям профессиональной деятельности будущих педагогов-психологов.

Основными задачами курса являются:

1. раскрытие взаимосвязи кризисной психологии с основами психологического консультирования и психологической коррекции;
2. овладение теоретическими основами курса;
3. овладение рядом практических навыков и накопление опыта для успешной практической работы;
4. формирование базовых понятий по основам кризисной психологии, основных представлений о различных методологических основаниях кризисной психологии;
5. освоение техник и процедур психологического консультирования и психологической коррекции;
6. выработка умений и навыков индивидуального, группового консультирования в кризисных ситуациях;
7. выработка умений и практических навыков составления программ психологической помощи человеку в кризисный и посткризисный период.

В результате изучения данного спецкурса специалист должен:

*иметь представление:*

- об основных понятиях кризисной психологии;

- о методологических основаниях кризисной психологии;

- о методах психологической помощи в кризисный и посткризисный период;

- о видах консультирования и психологической помощи в кризисных ситуациях;

- о психокоррекционных мероприятиях в посткризисный период жизни человека;

- об оценках эффективности психологической консультации и проведённых психокоррекционных мероприятиях.

*должен знать:*

- теоретико-методологические основы кризисной психологии;

- специфику предмета и его отношения к смежным дисциплинам;

- основные отношения зависимости, подчинения, сотрудничества, взаимопомощи в любой реальной группе;

- психологические свойства личности в кризисной ситуации;

- формы и методы психолого-педагогической работы в кризисный и посткризисный периоды;

- особенности поведения человека в ситуации кризиса и конфликта в жизни человека и пути их преодоления;

- основные принципы, цели и задачи психологической помощи в кризисных ситуациях;

- основные направления в психологическом консультировании и психокоррекционной практике;

- специфику групповой и индивидуальной работы в кризисной ситуации, а также основы психологического консультирования.

*должен владеть:*

- навыками и умениями в решении практических задач, направленных на изучение и выявление личностных качеств в ходе практической деятельности;

- техниками вербального и невербального общения;

- навыками организации и проведения индивидуальной и групповой консультации;

- практическими умениями составления программ психологической помощи в кризисный и посткризисный периоды;

- навыками проведения психокоррекционных мероприятий.

*должен уметь использовать:*

- современную научную литературу;

- психологические приёмы в ходе ведения консультативной беседы;

- правила эмпатического слушания в ходе консультации;

- использовать психолого-педагогические принципы работы по психологическому просвещению и психологической помощи в кризисных ситуациях;

- взаимодействовать с учителями, родителями, специалистами социальных служб в оказании помощи детям и подросткам;

- разрабатывать психокоррекционные программы и мероприятия.

*должен иметь опыт:*

- проведения индивидуальных коррекционных упражнений;

- решения конфликтных и деловых задач;

- применения стратегий и тактик общения в ходе личностного взаимодействия;

- проведения психодиагностических методов, направленных на выявление основных дисфункциональных нарушений личности;

- составления и проведения на практике психокоррекционных программ и мероприятий.

Содержание программного материала связано со следующими учебными дисциплинами «Общая психокоррекция», «Конфликтология», «Основы психологического консультирования», «Групповая психотерапия», «Психология развития» и др.

**Общее количество часов и распределение аудиторного времени по видам занятий:**

- лекции – 12 часов;

- практические занятия – 4 часа;

- семинарские занятия – 2 часа;

- самостоятельная работа – 12 часов.

Всего часов по дисциплине – 30 часов.

**Примерный учебно-тематический план курса**

**«Основы кризисной психологии»**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Наименование тем и форм текущей аттестации | Количество учебных часов | | | | | | | | | | Этапы | Кафедра |
| Всего | Распределение по видам занятий | | | | | | | | |
| аудиторные занятия | | | | | | | | Самостоятельная работа |
| Лекции | практические занятия | семинарские занятия | Круглые столы, тематические дискуссии | Лабораторные занятия | Деловые игры | Тренинги | Конференции |
| **3.12 Основы кризисной психологии** | **30** | **12** | **4** | **2** |  |  |  |  |  | **12** |  | кафедра социально-гуманитарных дисциплин |
| 3.12.1 Психология кризиса | 4 | 2 |  |  |  |  |  |  |  | 2 |  |
| 3.12.2 Система основных понятий кризисной психологии | 4 | 2 |  |  |  |  |  |  |  | 2 |  |
| 3.12.3 Теория посттравматического стрессового расстройства | 4 | 2 |  |  |  |  |  |  |  | 2 |  |
| 3.12.4 Психологический анализ горя | 6 | 2 | 2 |  |  |  |  |  |  | 2 |  |
| 3.12.5 Психологическая помощь в кризисных ситуациях | 6 | 2 | 2 |  |  |  |  |  |  | 2 |  |
| 3.12.6 Основные способы выхода из кризиса | 6 | 2 |  | 2 |  |  |  |  |  | 2 |  |
| Форма итоговой аттестации |  | Зачёт | |  |  |  |  |  |  |  | 3 |

**Содержание программы**

**Тема 1 Психология кризиса**

Понятие о кризисной психологии. Предмет и задачи кризисной психологии. Основные методологические предпосылки выделения кризисной психологии в самостоятельную отрасль психологических знаний. Место кризисной психологии в системе психологической помощи.

Цель курса кризисной психологии. Понятия «кризиса», «стресса» и «фрустрации». Виды фрустрационного поведения. Психологическое понятие конфликта. Состояние кризиса. Типы переживаний. Стадии кризиса. Типы ситуационных реакций на стресс. Биографические кризисы личности.

**Тема 2 Система основных понятий кризисной психологии**

Кризис. Кризисное событие. Основные признаки понятия «кризисное событие». Параметры и подходы кризисного события. Психическая травма. Психологическая перспектива. Последствия травматических событий. Скорбь как переживание, основные стадии скорби.

Понятие «преодоление». Проблема эффективности психологического преодоления травматических событий.

**Тема 3 Теория посттравматического стрессового расстройства**

История создания теории. Этиологии ПТСР. Определение понятия. Симптоматика ПТСР. Анализ методов диагностики.

Психологические последствия продолжительного жестокого обращения. Психологические изменения во взаимоотношениях и в индивидуальности личности. Повторные повреждения, которые следуют за продолжительным жестоким обращением.

Психологические последствия терроризма. Основные признаки данного понятия. Особенности переживаний жертв терроризма.

**Тема 4 Психологический анализ горя**

Потеря близкого человека. Понятия «горе» и «утрата». Этапы переживания: отрицание, гнев, депрессия, торг, принятие. Переживание ухода. «Застревающие» реакции утраты. Формы осложнённого горя (по А. Н. Моховикову): хроническое горе, конфликтное, подавленное, неожиданное, отставленное и отсутствующее горе.

Общая характеристика переживания детьми горя. Фазы детского горя. Причины возникновения чувства вины у детей в состоянии горя. Восстановление Я-концепции у детей в горе. Возрастные особенности переживания горя.

Самосознание и проблемы, возникающие в состоянии горя.

**Тема 5 Психологическая помощь в кризисных ситуациях**

Принципы психологической помощи: принцип нормализации; принцип партнёрства и повышения достоинства личности; принцип индивидуальности.

Подходы к коррекции травматического стресса. Сущность стратегического (превентивного) подхода. Отличительные черты превентивного подхода. Отличительные особенности превентивного подхода в психотерапии.

Метод кризисной интервенции. Психологический дебрифинг. Цель и задачи психологического дебрифинга. Квалификационные требования к ведущему. Структура дебрифинга. Аутодебрифинг. Психобиографический дебрифинг. Методика «Психобиографический дебрифинг». Беседа-интервью. Техники, направленные на актуализацию чувств клиента.

Психологическое просвещение. Определение понятия. Основные направления и условия психологического просвещения. Задачи и этапы психологического просвещения.

**Тема 6 Основные способы выхода из кризиса**

Определение понятия «проблема». Стадии ситуативно развивающегося кризиса. Конструктивный выход их кризиса. Варианты отношения человека к кризисам.

Деструктивные выходы из кризиса. Суицид. Суицид и профессия. Личностные факторы суицидального риска. Антисуицидальные факторы. Личность самоубийцы.

Алкоголизм как деструктивный выход из кризиса. Стадии формирования психического состояния алкоголизма. Алкогольный тип личности. Бытовое пьянство.

**Список рекомендуемой литературы**

**основная**

1 Абульханова-Славская, К.А. Стратегия жизни / К.А. Абульханова-Славская – М.: Мысль, 1991. – 229 с.

2 Актуальные проблемы кризисной психологии: Сб. науч. тр. / Отв. ред. Л. А. Пергаменщик. – М.: НИО, 1999. – 188 с.

3 Бинсвангер, Л. Бытие в мире / Л. Бинсвангер – М.: КСП+; СПб.: Ювента, 1999. – 300 с.

4 Бородин, Д.Ю. Обряд плача как форма пси­хотерапии в ситуациях самооценочной дезадаптации // Д.Ю. Бородин, Т.В. Галкина // Москов­ский психотерапевтический журнал. – 1997. – № 2. – С. 149-159.

5 Бурлачук, Л.Ф. Психология жизненных ситуаций: Учеб. пособие / Л.Ф. Бурлачук, Е.Д. Коржова. – М.: Российское педагогическое агентство, 1998. – 263 с.

6 Василюк, Ф.Е. Психология переживания (анализ преодоле­ния критических ситуаций) / Ф.Е. Василюк. – М.: Изд-во МГУ, 1984.

7 Выготский, Л.С. Проблемы развития психики: Собр. соч.: В 6 т. Т. 3. – М.: Педагогика, 1983. – 368 с.

8 Дейтс Б. Жизнь после потери / Пер. с англ. – М.: ФАИР-ПРЕСС, 1999. – 304 с.

9 Дозорцева, Е.Г. Психологическая травма у подростков с проблемами в поведении. Диагностика и коррекция / Е.Г. Дозорцева. – М.: Генезис, 2006. – 128 с.

10 Зинченко, В.П. Об объективном ме­тоде в психологии // В.П. Зинченко, М.К. Мамардашвили // Вопросы философии. – 1997. – № 7. – С. 113 — 125.

11 Квинтин, Л. Состояние после психотравмы: терапия или превентивный подход // Кризисные события и психологиче­ские проблемы человека / Под ред. Л.А. Пергаменщика. – Мн.: НИО, 1997. – С. 183-188.

12 Классификация психических и поведенческих расстройств: Клинические описания и указания по диагностике // Между­народная классификация болезней (10-й пересмотр). ВОЗ. – СПб.: АДИС, 1994. – 285 с.

13 Кон, С.И. Ребенок и общество: Историко-этнографическая перспектива / С.И. Кон. – М.: Наука, 1988. – 270 с.

14 Коржова, Е.Ю. Методика «Психологическая автобиогра­фия» в психодиагностике жизненных ситуаций: Метод, посо­бие. / Е.Ю. Коржова. – Киев: МАУП, 1994.

15 Кризисные события и психологические проблемы человека / Под ред. Л. А. Пергаменщика. – Мн.: НИО, 1997. – 207 с.

16 Леонтьев, Д.А. Психология смысла: природа, строение и динамика смысловой реальности / Д.А. Леонтьев. – М.: Смысл, 1999. – 487 с.

17 Малкина-Пых, И.Г. Психосоматика: Новейший справочник / И.Г. Малкина-Пых. – М.: Изд-во Эксмо; СПб.: Сова, 2003. – 928 с.

18 Ольшанский, Д.В. Психология терроризма / Д.В. Ольшанский. – СПб.: Питер, 2002. – 288 с.

19 Осипова, А.А. Справочник психолога по работе в кризисных ситуациях / А.А. Осипова. – Ростов н /Д: Феникс, 2006. – 315 с.

20 Пергаменщик, Л.А. Кризисная психология / Л.А. Пергаменщик – Минск, Белорусский государственный университет имени Максима Танка. – 2001. – 60 с.

21 Пергаменщик, Л.А. Психология травматического стресса // Л.А. Пергаменщик //Адукацыя i выхаванне. – 1993. – № 2. – С. 62 — 71.

22 Пергаменщик, Л. А. Психотерапия Л.Н. Толстого // Л.А. Пергамещик // Адука­цыя i выхаванне. – 1993. – № 10. – С. 25 — 33.

23 Пергаменщик, Л.А. Методологические аспекты кризисной психологии // Кризисные события и психологические проблемы человека / Л.А. Пергаменщик. – Мн.: НИО, 1997. – С. 5 -16.

24 Пергаменщик, Л.А. Введение в психологию кризисов // Л.А. Пергамещик // Псiхалогiя. – 1997. – Вып. 7.

25 Пергаменщик, Л.А. Психологические механизмы адаптации мигрантов / Л.А. Пергаменщик. – Мн.: БНИИО, 1996. – 152 с.

26 Пергаменщик, Л.А. Список Робинзона: Психологический практикум / Л.А. Пергаменщик. – Мн.: Ильин В.П., 1996. – 128 с.

27 Пергаменщик, Л.А. Почему надо любить себя // Л.А. Пергаменщик // Псiхалогiя. – 1996. – № 4. – С. 123 - 126.

28 Пергаменщик Л.А. Психосоциальные последствия катастроф // Кризисные события и психологиче­ские проблемы человека / Л.А. Пергаменщик, О.Ф. Казанович. – Мн.: НИО, 1997. – С. 28 — 48.

29 Пергаменщик, Л.А. Пре­одоление психологических травм / Л.А. Пергаменщик, С.С. Гончарова, М.И. Яковчук. – Мн.: НИО, 1999. – 55 с.

30 Рубинштейн, С.Л. Основы общей психологии: В 2 т. Т. 2. – М.: Педагогика, 1989. – 328 с.

31 Тарабрина, Н.В. Практикум по психологии посттравмати­ческого стресса / Н.В. Тарабрина. – СПб.: Питер, 2001. – 272 с.

32 Тиллих, П. Избранное: Теология культуры / Пер. с англ. – М.: Прогресс, 1990. – 368 с.

33 Тихонравов, Ю.В. Экзистенциальная психология: Учеб.-справ. пособие / Ю.В. Тихонравов. – М.: Бизнес-школа; Интел-Синтез, 1998. – 238 с.

34 Фромм, Э. Душа человека / Э. Фромм. Пер. с англ. – Мн.: Республика, 1992. – 430 с.

35 Франкл, В. Человек и душа / В. Франкл. – СПб.: Ювента, 1997. – 278 с.

36 Черепанова, Е.М. Саморегуляция и самопомощь при рабо­те в экстремальных условиях / Е.М. Черепанова. – М., 1995. – 34 с.

37 Черепанова, Е.М. Психологический стресс: Книга для школьных психологов, родителей и учителей / Е.М. Черепанова. – М.: Академия, 1996. – 96 с.

38 Ялом, И. Д. Экзистенциальная психотерапия / Пер. с англ. – М.: Класс, 1999. – 576 с.

**дополнительная**

1. Адлер, А. Понять природу человека / Пер. Е.А. Цыпина. – СПб.: Академический проект, 1997. – 256 с.
2. Бабосов, Е.М. Катастрофы: Социологический анализ / Е.М. Бабосов. – Мн.: Наука и техника, 1995. – 472 с.
3. Баранов, Н.П. Экстремальные ситуации: Методология ана­лиза / Н.П. Баранов – Мн., 1997. – 116 с.
4. Вагин, Ю.Р. Профилактика деструктивного поведения / Ю.Р. Вагин. – Пермь: ПОНИЦАА, 2004 – 150 с.
5. Гарднер, Р. Психотерапия детских проблем / Р. Гарднер; пер. с англ. Н. Алексеева, А. Захаревич, Л. Шейнина. – СПб., 2002. – 416 с.
6. Гаврилина, Л.К. Профилактика зависимого поведения. Учебное пособие / Гаврилина Л.К., Пружинская В.Б. / Общая редакция Гаврилиной Л.К. – Сыктывкар, 2002. – 132 с.
7. Змановская, Е.В. Девиантология: (Психология отклоняющегося поведения) : Учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений. / Е.В. Змановская. – М.: Издательский центр «Академия», 2004. – 288с.
8. Исаев, Д.Н. Эмоциональный стресс, психосоматические и соматопсихические расстройства у детей / Д.Н. Исаев. – СПб.: Речь, 2005. – 400 с.
9. Китаев-Смык, Л.А. Психология в концепции стресса. Основные положения концепции Г. Селье и их развитие. / Л. А. Китаев-Смык / Психология состояний: хрестоматия; под ред. проф. А. О. Прохорова. – М.: ПЭР СЭ; СПб.: Речь, 2004 – 608 с. – С. 302 – 311.
10. Линдеманн, Э. Клиника острого горя / Э. Линдеманн / Психология мотивации и эмоций: хрестоматия по психологии; Под ред. Ю.Б. Гиппенрейтер и М.В. Фаликман – М; ЧеРо, 2002. – 752 с.
11. Погодин, И.А. Психология суицидального поведения: Пособие для студентов вузов / И.А. Погодин. – Мн.: Тесей, 2005. – 208 с.

12 Психогении в экстремальных условиях / Ю.А. Александровский с соавт. – М. Медицина, 1991. – 96 с.

13 Сакович, Н.А. Суицидальное поведение: профилактика и коррекция: учеб.-метод. пособие / Н.А. Сакович; ГУО «Акад. последиплом. образования». – Минск: АПО, 2011 – 138с.

14 Шилова, Т.А. Профилактика алкогольной и наркотической зависимости у подростков в школе: Практическое пособие / Т.А. Шилова. – М.: Айрисс-пресс, 2004. – 96 с.